**II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:**บรรยากาศที่ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ ระดับความก้าวหน้าของการพัฒนาคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย ประสิทธิภาพของระบบบริหารความเสี่ยงและกระบวนการบริหารความเสี่ยง (risk register) | | | | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | | | **เป้าหมาย** | | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** |
| จำนวนความเสี่ยงที่ได้รับรายงานทั้งหมด  - Clinic  - Non -Clinic | | | เพิ่มขึ้น 10% | | 160  142  18 | 442  383  59 | 778  674  104 | 457  384  73 | 659  493  166 |
| สัดส่วนของการรายงานเหตุการณ์ Miss/ Near Miss | | | 40/60 | | 72/88 | 80/362 | 143/635 | 153/304 | 208/379 |
| การเกิดเหตุการณ์ในระดับ E-I ลดลง | | | ลดลง | | 0 | 1(E) | 4  3(E)  1(F) | 3  2(E)  1(F) | 7  7(E) |
| ร้อยละของการทำ RCA ในความเสี่ยงระดับ E-I | | | 100% | | 0 | 100% | 100% | 100% | 100% |
| ร้อยละการรายงานความเสี่ยงระดับ A,B | | | 80% | | 27.00 | 43.33 | 58.91 | 41.23 | 47.79 |
| ร้อยละ ความเสี่ยงระดับ C, D | | | ลดลง | | 56.75 | 49.54 | 39.53 | 57.34 | 48.99 |
| อัตราการรายงานอุบัติการณ์โดยหน่วยงานรายงานตนเอง (Self-Report) | | | 50% | | N/A | N/A | N/A | N/A | 41.66 |
| **ii. บริบท**  โครงสร้างการบริหารงานคุณภาพและความปลอดภัย:โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาดำเนินการวางแผนกำกับดูแลระบบบริหารความเสี่ยงตามนโยบายความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยงคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงประกอบด้วยตัวแทนจากสหสาขาวิชาชีพคณะกรรมการทีมนำต่างๆ เช่น สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยองค์กรแพทย์องค์กรพยาบาลคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพด้านยาเทคโนโลยีและสารสนเทศเป็นรูปแบบการทำงานของคณะกรรมการบูรณาการบริหารความเสี่ยงโรงพยาบาลเพื่อให้บุคลากรเห็นความสำคัญของการค้นหาความเสี่ยงและรายงานอุบัติการณ์ป้องกันโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการตลอดจนลดความรุนแรงและความสูญเสียจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทั้งเชิงรุกและเชิงรับสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรโดยมุ่งเน้นให้ผู้รับบริการบุคลากรและผู้มาเยือนได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยทั้งด้านร่างกายจิตใจชีวิตและทรัพย์สินมีการบูรณาการระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารความเสี่ยงโดยการใช้งานโปรแกรมสารสนเทศรายงานอุบัติการณ์ทาง intranet และในปี 2562 (มีนาคม 2562)ได้มีการใช้ระบบการรายงานความเสี่ยง HRMS & NRLS on Cloud มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงจากที่รวบรวมไว้ ทั้งจากการรายงาน จากการทบทวน 12 กิจกรรม มีการใช้ trigger tool เป็นแนวทางทบทวนมีการวิเคราะห์หาสาเหตุเชิงระบบ (RCA ) เมื่อเกิดความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป โดยกำหนดความเสี่ยง2ประเภทคือความเสี่ยงทางคลินิกความเสี่ยงทั่วไป  **ความเสี่ยงสำคัญ**  - Sentinel Event: 1) ผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลโดยไม่ทราบสาเหตุ/ ไม่คาดคิด 2) ผู้ป่วยทำร้ายร่างกายผู้อื่นและตนเองจนได้รับบาดเจ็บสาหัส 3) ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย 4) อัคคีภัย  - ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk): 1) การเกิดอาการสับสน (Delirium) ในผู้ป่วยติดสุรา 2) ผู้ป่วยทะเลาะวิวาท 3) ผู้ป่วยหลบหนี 4) การพลัดตกหกล้ม  - ความเสี่ยงทั่วไป (Non-Clinical Risk): ผู้ป่วยลักลอบนำสารเสพติดเข้ามา  วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพและความปลอดภัย:  - เพื่อให้เกิดกระบวนการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน  - เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการให้บริการทางการแพทย์ (Patient Safety)  - เพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้รับความปลอดภัยจากการปฏิบัติหน้าที่ (Personnel Safety)  - เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันลดความเสี่ยงและแก้ไขอุบัติการณ์หรือเหตุการณ์สำคัญในโรงพยาบาล  จุดเน้นหรือเข็มมุ่งขององค์กรด้านคุณภาพและความปลอดภัย:พัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพเน้นการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก, พัฒนาระบบบริหารจัดการความปลอดภัย Patient and Personnel Safety (2P safety)  เป้าหมายความปลอดภัย:ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิผลป้องกันโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการตลอดจนลดความรุนแรงและความสูญเสียจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทั้งเชิงรุกและเชิงรับสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรโดยมุ่งเน้นให้ผู้รับบริการบุคลากรและผู้มาเยือนได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยทั้งด้านร่างกายจิตใจชีวิตและทรัพย์สินและมีความพึงพอใจ  โรคที่มีความเสี่ยงสูง:  - ผู้ป่วยสุราที่มีภาวะ Delirium tremens with aspiration pneumonia  - Drug dependence with drug induce psychosis  - Drug dependence with TB  หัตถการที่มีความเสี่ยงสูง:ใส่ tube  **iii. กระบวนการ**  II-1.1 ก. ระบบบริหารงานคุณภาพ  (1) การนำระบบบริหารงานคุณภาพตามแนวคิด 3C-PDSA มาใช้:   * พัฒนาตามบริบทและมาตรฐานโดยสนับสนุนให้บุคลากรเรียนรู้ร่วมกันและกำกับติดตามโดยคณะกรรมการบริหารจัดการความเสี่ยงเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง * กำหนดนโยบายทิศทางและประเมินผลระบบการบริหารจัดการความเสี่ยง * ประสานเชื่อมโยงข้อมูลของโปรแกรมความเสี่ยง เพื่อลดโอกาสเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย * วิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยงเพื่อดูแนวโน้ม/ ค้นหา และให้ข้อเสนอแนะ * กำหนดอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เป็นระดับ E ขึ้นไปต้องทำ RCA กำหนดเป้าหมายวิธีการแก้ไขและมีการพัฒนาต่อเนื่องเป็น CQI ทำให้อัตราการหลบหนีลดลงในตึกบำบัดยาชายมีผู้ป่วยหลบหนี ปี 2559 จำนวน 25 ราย ปี 2560 จำนวน 49 ราย ปี 2561 จำนวน 24 ราย ตามลำดับแก้ไขโดยทำ RCA และได้มีการปรับปรุงมาตรการดูแลอย่างต่อเนื่อง อุบัติการณ์ความเสี่ยงผู้ป่วยหลบหนีปี 2562 ลดลง เหลือจำนวน 6 ราย * ประเมินมาตรการในการจัดการความเสี่ยง/ อุบัติการณ์ มอบหมายหน้าที่รับผิดชอบทีม การแก้ไขและป้องกันการเกิดซ้ำ * ให้ความรู้และสื่อสารด้านการบริหารความเสี่ยงแก่บุคลากรหน่วยงานและทีมนำต่างๆในโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา   (2) บทบาทของผู้นำในการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย:บทเรียนเกี่ยวกับการสนับสนุนและติดตามการพัฒนาคุณภาพโดยผู้นำระดับสูง   * ผู้นำเห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพ มีการกำหนดเรื่องการส่งเสริมวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัย รายงาน incident report ในการประชุมประจำเดือนของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล * ประเด็นคุณภาพที่ทีมนำให้ความสำคัญได้แก่ Patient Safety Goals, 2P Safety, good practice, 3C-PDSA ทำให้กระบวนการคุณภาพดำรงอยู่ในองค์กร * สนับสนุนการเข้าร่วมโรงพยาบาล 2P Safety * นำ 2P safety มากำหนดเป็นนโยบายความปลอดภัยและนำไปสู่การปฏิบัติผลักดันให้เป็นส่วนหนึ่งของงานประจำรวมทั้งสนับสนุนให้มีการจัดอบรมให้ความรู้กับบุคลากร * ผู้นำสนับสนุนให้บุคลากรอบรมความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงทั้งภายในและภายนอกองค์กร * กำหนดนโยบายสนับสนุนทรัพยากรต่างๆในการดำเนินการติดตามความก้าวหน้าจากการประชุมประจำเดือน * สนับสนุนให้มีการจัดอบรมให้ความรู้กับบุคลากรการทบทวนการดูแลผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือคุณภาพทั้ง Clinical Tracer, RCA, 12 กิจกรรมทบทวน Trigger tool   ผู้อำนวยการร่วมทำกิจกรรม Quality Walk Round ร่วมกับเจ้าหน้าที่และทีมนำต่างๆทำให้ได้รับรู้ปัญหาที่หน้างานร่วมกับผู้ปฏิบัติ ทำให้สามารถแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมราบรื่นรวดเร็ว  (3)การประสานงานและบูรณาการ QM/PS/RM และการทำให้สอดคล้องกับแผนกลยุทธ์:   * พัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และความปลอดภัย * โรงพยาบาลมีทะเบียนการจัดการความเสี่ยง (risk register) ที่บันทึกข้อมูลเพื่อจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง กำหนดรายการความเสี่ยงทางคลินิกที่ต้องมีการจัดการความเสี่ยง ได้แก่ ผู้ป่วยทะเลาะวิวาท, ผู้ป่วยก้าวร้าว,ผู้ป่วยหลบหนี,ความคลาดเคลื่อนทางยา, การพลัดตกหกล้ม, การควบคุมการติดเชื้อ, การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด, เมื่อนำมาจัดระดับความรุนแรงสูงพบว่าความเสียงสำคัญ 5 อันดับแรกของโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาในปี 2562 คือ ผู้ป่วยหลบหนี ผู้ป่วยก้าวร้าว ผู้ป่วยทะเลาะวิวาทความคลาดเคลื่อนทางยา, การพลัดตกหกล้ม * มีการเชื่อมโยงระบบบริหารความเสียงด้วยโปรแกรมความเสี่ยงของโรงพยาบาลและระบบ HRMS & NRLS on Cloud * มีการกำหนดยุทธศาสตร์ที่มุ่งเน้นความเสี่ยงเชิงรุกเพื่อเชื่อมโยงระบบบริหารความเสี่ยงไปยังทีมต่างๆและหน่วยงานมีกิจกรรมค้นหาความเสี่ยงโดยใช้ Risk Profile และ Risk Register ให้ความรู้คณะกรรมการความเสี่ยงของแต่ละหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ทำให้เจ้าหน้าที่ในแต่ละหน่วยงานเข้าใจระบบบริหารความเสี่ยงสามารถจัดการความเสี่ยงเบื้องต้นและสามารถรายงานเข้าระบบรายงานอุบัติการณ์ ในระบบ HRMS & NRLS on Cloud ได้   (4) การทำงานเป็นทีม   * ทีมนำทำหน้าที่ดูแลภาพรวมของการพัฒนาแต่ละมาตรฐานได้แก่ทีม PCT ทีมบริหารยาทีมบริหารความเสี่ยงทีม IC ทีมสารสนเทศทีมทรัพยากรบุคคลองค์กรแพทย์องค์กรพยาบาลทีมดูแลสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยทีมทำงานร่วมกับชุมชน * โครงสร้างของแต่ละทีมนำประกอบด้วยคณะกรรมการดูแลกำกับทิศทางการพัฒนาตามมาตรฐานและคณะทำงานจากทุกหน่วยงานเป็นเครือข่ายการพัฒนาลงสู่การปฏิบัติและกระตุ้นให้มีส่วนร่วมกับทีมนำมีการประชุมคณะทำงานเพื่อติดตามงานและทบทวนปัญหาอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง * ทีมดูแลความปลอดภัยทางคลินิก (PCT) ประสานข้อมูลความเสี่ยงด้านคลินิกร่วมกับทีมจัดการความเสี่ยงมีการติดตามประเมินเฝ้าระวังแนวโน้มความเสี่ยงและทบทวนวางมาตรการเชิงระบบวิเคราะห์เหตุการณ์ระดับ E - I หา RCA เพื่อทบทวนระบบและเพิ่มมาตรการป้องกันใหม่เช่นทบทวนผู้ป่วยหลบหนีตึกบำบัดด้วยยาชาย (พุทธชาด)พบว่า ปี 2559 มีผู้ป่วยหลบหนีสำเร็จจำนวน 25 ราย ปี 2560 จำนวน 49 ราย ปี 2561 จำนวน 24 ราย ตามลำดับแก้ไขโดยทำRCA และได้มีการปรับปรุงมาตรการดูแลอย่างต่อเนื่อง อุบัติการณ์ความเสี่ยงผู้ป่วยหลบหนีสำเร็จปี 2562 ลดลง เหลือจำนวน 6 ราย * สมาชิกทีมบริหารความเสี่ยงแบ่งหน้าที่รับผิดชอบในการรวบรวมความเสี่ยงของหน่วยงานทำหน้าที่ประสานข้อมูลความเสี่ยงเพื่อให้ทีมนำต่างๆและหน่วยงานได้รับทราบอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นของทีมและหน่วยงาน และนำไปสู่การทบทวนและบริหารจัดการความเสี่ยง * ประชุมทบทวนรายงานอุบัติการณ์ที่เป็นความเสี่ยงสำคัญหรือรายงานอุบัติการณ์ของโรงพยาบาลในการประชุมประจำเดือนของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล   (5)การประเมินตนเอง:   * ใช้วิธีการประเมินที่หลากหลายเช่นการประเมินตามมาตรฐาน HA scoring ทำให้เรียนรู้การสร้างผลลัพธ์ที่ดีการRound ของทีมนำและหัวหน้าหน่วยงานกระตุ้นให้เกิดการตื่นตัวของหน่วยงานการใช้แบบสำรวจ, การประเมินและปรับปรุงงานประจำจากตัวชี้วัดและความเสี่ยง, การใช้ service profile/hospital profile ที่เน้นการวิเคราะห์ผลลัพธ์และการพัฒนาการเชื่อมโยงการพัฒนาในภาพรวม * ประเมินตนเองตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) ร่วมกับการประเมินตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ * หน่วยงานมีการประเมินตนเองโดยการทำ service profile ทำให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานรู้บทบาทหน้าที่ของตนเอง * ทุกหน่วยงานมีการจัดทำ Risk profile โดยให้มีการปรับข้อมูลให้เป็นปัจจุบันทุก6เดือน * การทบทวนข้างเตียงโดยใช้เครื่องมือ C3THER ทำให้พบว่าสามารถป้องกันความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและมีการวางแผนป้องกันแก้ไขได้อย่างทันท่วงทีและส่งเสริมให้เห็นความสำคัญของการทำงานเป็นทีม * การ Round ของทีมความเสี่ยงร่วมกับทีมนำต่างๆกระตุ้นการเรียนรู้ร่วมกับหน่วยงานและบุคลากรระดับปฏิบัติงาน * กระตุ้นหน่วยงานให้รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงเพื่อให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัย * ทีมบริหารความเสี่ยงได้มีการทบทวนข้อร้องเรียนและเหตุการณ์สำคัญเช่นการหลบหนีของผู้ป่วยการทะเลาะวิวาทการลักลอบนำสารเสพติดเข้ามาเป็นต้นทำให้สามารถสื่อสารทำความเข้าใจกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอันนำไปสู่การแก้ไขอย่างเป็นระบบเช่นมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบ (การทำ CQI) ในทุกๆเหตุการณ์สำคัญ   (8) การทำแผนพัฒนาคุณภาพ:   * การประชุมทีมนำเพื่อติดตามการพัฒนาคุณภาพและเชื่อมโยงระบบให้ครอบคลุมประเด็นความเสี่ยงความปลอดภัยและคุณภาพ * พัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพเน้นการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก * พัฒนาระบบบริหารจัดการความปลอดภัย 2P safety   (9)การดำเนินการตามแผน และการติดตามประเมินผล:   * มีการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกโดยจัดกิจกรรม RM round ในทุกหน่วยงาน, การทบทวนข้างเตียงโดยใช้เครื่องมือC3THER, Case conference, ทบทวน 12 กิจกรรม, จัดทำ Risk profile พบว่าสามารถป้องกันความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและมีการวางแผนป้องกันแก้ไขได้อย่างทันท่วงทีเช่น ผู้ป่วยก้าวร้าว ผู้ป่วยทะเลาะวิวาท * จากการดำเนินงาน พบว่า patient safety goal สื่อสารไปถึงผู้ปฏิบัติได้น้อยจึงมีการกำหนดเป็น patient safety goal ที่เหมาะกับบริบทของโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาโดยเลือกเฉพาะประเด็นที่เป็นปัญหาที่ต้องเร่งแก้ไขแล้วประกาศกำหนดเป็นนโยบายสื่อสารให้แก่ผู้ปฏิบัติงานทั่วทั้งโรงพยาบาลซึ่งทีมนำต่างๆและทีมบริหารความเสี่ยงจะเป็นผู้กำกับติดตามผลการปฏิบัติตาม patient safety goal ในส่วนของ personnel safety ได้กำหนดนโยบายความปลอดภัยของบุคลากรตามลักษณะบริบทการให้บริการด้านยาและสารเสพติด * จัดอบรมเจ้าหน้าที่เรื่องการบริหารความเสี่ยงหน่วยงาน IT จัดอบรม การใช้ระบบการรายงานความเสี่ยง HRMS & NRLS on Cloud รวมทั้งติดตามการปฏิบัติตามแนวทางที่ได้กำหนดไว้รวบรวมรายงานความเสี่ยง/อุบัติการณ์นำมาวิเคราะห์ผลทบทวนและติดตามผลการดำเนินงานการป้องกันแก้ไขอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่สำคัญพบว่า หน่วยงานสามารถรายงานอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น * ทีมดูแลความปลอดภัยทางคลินิก (PCT) ร่วมกับทีมจัดการความเสี่ยงคัดเลือกความเสี่ยงที่สำคัญมาวางมาตรการความเสี่ยงระดับโรงพยาบาลและมีการติดตามประเมินเฝ้าระวังแนวโน้มความเสี่ยงและทบทวนมาตรการเชิงระบบวิเคราะห์เหตุการณ์ระดับ E - I เพื่อหา RCA   (10)การประเมินตนเอง การทำแผนพัฒนาคุณภาพ การดำเนินการตามแผน:   * พัฒนาระบบรายงานผ่านโปรแกรมรายงานความเสี่ยงโรงพยาบาลและเริ่มใช้โปรแกรม HRMS (Import/Export ข้อมูล) เดือนมีนาคม 2562 นำข้อมูลมาใช้ประโยชน์อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ * จากที่ได้ดำเนินงานการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกพบว่าบางหน่วยงานยังขาดความเข้าใจความเสี่ยงเชิงรุกทีมได้วางแผนให้ RM ประจำหน่วยงานเป็นคู่ buddy ให้คำปรึกษากัน   II-1.1 ข. คุณภาพการดูแลผู้ป่วย  (1) การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย:   * จากการประเมินการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันความเสี่ยงพบว่าเจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้เป็นอย่างดีแต่พบว่าการรายงานความเสี่ยงเชิงรุกยังไม่ครอบคลุมจึงได้มีการนิเทศในหน่วยงานเพื่อกระตุ้นให้มีการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกมากขึ้นโดยกำหนดให้แต่ละทีมทำ RM round, การทบทวนข้างเตียง, การทำ Trigger Tool, การทบทวนกระบวนการทำงานเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้มีสัดส่วนการรายงานที่เพิ่มสูงขึ้นอุบัติการณ์รายงานความเสี่ยงปี 2561 จำนวน 457 อุบัติการณ์ และปี 2562 จำนวน 659 อุบัติการณ์ * จากการประเมินประสิทธิภาพการบริหารความเสี่ยงพบว่าความครอบคลุมของการรายงานความเสี่ยงมีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น * มีการทบทวนเวชระเบียนในหน่วยงานทบทวน 12 กิจกรรมในหน่วยงานและทบทวน Case ที่เกิดอุบัติการณ์ร่วมกันร่วมกับทีม PCT ทบทวนการใช้ยากับเภสัชกรและแพทย์ผู้ทำการรักษาทบทวนการติดเชื้อ TB ในผู้ป่วยระบบบังคับบำบัด (คุมประพฤติ) ร่วมกับทีมแพทย์และ ICN   (2)(3) การกำหนดเป้าหมายและการติดตามตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วย:   * ประสานงานร่วมกับทีมระบบที่เกี่ยวข้องในการใช้ 2P Safety * ประชุมชี้แจงร่วมกับทีมระบบที่เกี่ยวข้องในการสื่อสารการใช้ 2P Safety   (4) การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย:จากกิจกรรมการตามรอยกระบวนการดูแลผู้ป่วยรายโรคในโรคสำคัญ  - ผู้ป่วยสุราที่มีภาวะ Delirium tremens with aspiration pneumonia  - Drug dependence with drug induce psychosis  - Drug dependence with TB  ซึ่งเห็นกระบวนการการทำงานตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยจนถึงส่งผู้ป่วยกลับบ้านทำให้รู้ปัญหาจริงที่หน้างานและจากการตามรอยแบบบูรณาการของสหสาขาวิชาชีพทำให้เกิดมุมมองที่หลากหลายของแต่ละสาขาเกิดการปรับปรุงพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญเร่งด่วน 3 โรค คือ แนวทางการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีภาวะขาดสุรารุนแรง ร่วมกับภาวะปอดอักเสบ,แนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีวัณโรคปอด,แนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะแรกซ้อนทางจิต และมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดทุกประเภทตามรูปธรรม  II-1.2 ก. ระบบบริหารความเสี่ยง  (1) องค์ประกอบสำคัญและโครงหลักของการบริหารความเสี่ยง (PDSA ของระบบบริหารความเสี่ยง):   * กำหนดให้การบริหารความเสี่ยงเป็นนโยบายด้านความปลอดภัยและคุณภาพระดับโรงพยาบาลที่ทุกคนต้องปฏิบัติเพื่อให้บุคลากรทุกระดับเห็นคุณค่าของความปลอดภัยผู้ป่วยและผู้รับบริการบุคลากรโดยมีส่วนร่วมดำเนินการบริหารความเสี่ยงตามองค์ประกอบสำคัญและกระบวนการหลักดังนี้   การประเมินความเสี่ยง  การจัดการความเสี่ยง  การค้นหาระบุความเสี่ยง  การติดตามประเมินผล   * คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงประกอบด้วยตัวแทนสหสาขาวิชาชีพและทีมนำต่างๆค้นหาความเสี่ยงร่วมกับทีมดูแลผู้ป่วย (PCT) ทีม IC ENV HR PTC IM NSO MSO และหน่วยงานสนับสนุนค้นหาความเสี่ยงเชิงรับโดยรับรายงานอุบัติการณ์ในโปรแกรมความเสี่ยงทบทวนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพทำ Trigger Tools ตามรอยการดูแลผู้ป่วยและค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกจาก Hospital Round ร่วมกับทีมนำทีมจัดการความเสี่ยงทีม IC และทีม ENV รวมทั้งดำเนินการฟื้นฟูความรู้เรื่องความเสี่ยงการใช้โปรแกรมความเสี่ยงแก่บุคลากรทุกระดับโดยการเยี่ยมหน่วยงานของคณะกรรมการจัดการความเสี่ยงเพื่อเพิ่มการดักจับและค้นหาความเสี่ยงมีการวิเคราะห์ข้อมูลความเสี่ยง (Risk Profile) จากโปรแกรมความเสี่ยงของหน่วยงานและจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการทำและการใช้ Risk Register กำกับติดตามโดยหัวหน้ากลุ่มงานหัวหน้างานและทีมบริหารความเสี่ยงรายงานผลวิเคราะห์ข้อมูลกลับไปยังหน่วยงานและทีมที่เกี่ยวข้องในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทุกเดือนทำให้หน่วยงานและทีมรับทราบข้อมูลเพื่อพัฒนาและปรับปรุงยกระดับความปลอดภัยต่อผู้ป่วย/ผู้รับบริการบุคลากร * จากการประเมินการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันความเสี่ยงพบว่าเจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้เป็นอย่างดีแต่พบว่าการรายงานความเสี่ยงเชิงรุกยังไม่ครอบคลุมความเสี่ยงทั่วไปมีสัดส่วนการรายงานน้อย จึงได้มีการนิเทศในหน่วยงานเพื่อกระตุ้นให้มีการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกและความเสี่ยงทางทั่วไปมากขึ้นโดยกำหนดให้แต่ละทีมทำ RM round, การทบทวนกระบวนการทำงานเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้สัดส่วนความเสี่ยงทั่วไปมีสัดส่วนการรายงานที่เพิ่มขึ้นปี 2561 การรายงานความเสี่ยงทั่วไปจำนวน 73 ครั้ง ปี 2562จำนวน 166 ครั้ง * จากการประเมินประสิทธิภาพการบริหารความเสี่ยงพบว่าความครอบคลุมของการรายงานความเสี่ยงมีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น   (2)(3) แผนการบริหารความเสี่ยง ระเบียบปฏิบัติ กระบวนการบริหารความเสี่ยงการประเมินความเสี่ยง และ risk register:เพื่อปรับปรุงกระบวนการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยให้มีคุณภาพโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาได้กำหนดระเบียบปฏิบัติดังนี้   * ระเบียบปฏิบัติการจัดการกระบวนการบริหารความเสี่ยงจัดทำ Risk register ในทุกหน่วยงานเพื่อการต่อเนื่องของการติดตามอุบัติการณ์ที่สำคัญ * การสนับสนุนของผู้นำและทีมบริหารโรงพยาบาลเป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญให้บุคลากรในองค์กรเห็นความสำคัญของการบริหารจัดการความเสี่ยงและวัฒนธรรมความปลอดภัยโดยทีมนำลงเยี่ยมหน่วยงานต่างๆสนับสนุนกิจกรรมคุณภาพอย่างต่อเนื่องและรณรงค์ให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยทั่วทั้งองค์กรเน้นให้บุคลากรตระหนักในการรายงานอุบัติการณ์ (Self-Report) ค้นหาความเสี่ยงและทบทวนกรณีเกิดอุบัติการณ์ผู้นำเห็นคุณค่าและใส่ใจในการติดตามการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องผลลัพธ์มีการรายงานอุบัติการณ์ในโปรแกรมเพิ่มขึ้นปี 2561 –2562จำนวน 457 ครั้ง และ 659 ครั้ง ตามลำดับกรณีเกิดอุบัติการณ์ตั้งแต่ระดับ E ขึ้นไปมีการนำมาทบทวนและติดตามผลในที่ประชุม PCT และทำ RCA * การลงข้อมูลรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นยังล่าช้า ส่งผลให้ผู้รับผิดชอบในการรวบรวมและวิเคราะห์ความเสี่ยง และอยู่ในช่วงศึกษาข้อมูลและทำความเข้าใจเกี่ยวกับระบบการรายงานความเสี่ยง HRMS & NRLS on Cloud (เริ่มใช้ มีนาคม 2562)   (4) การรายงาน การเรียนรู้ปรับปรุง จากอุบัติการณ์ (incident) และเหตุเกือบพลาด(near miss):   * จากรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงผ่านระบบโปรแกรมความเสี่ยงพบว่าพบว่ามีระดับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้วยโปรแกรมความเสี่ยงทางคอมพิวเตอร์เพิ่มขึ้นปี 2561จำนวน457ครั้งและปี 2562จำนวน659ครั้งและยังมีรายงานผ่านช่องทางอื่นๆแสดงให้เห็นว่าบุคลากรตระหนักถึงวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรโดยคณะกรรมการจัดการความเสี่ยงร่วมกันวิเคราะห์หาสาเหตุและพบโอกาสพัฒนาในเรื่องการใช้โปรแกรมการรายงานความเสี่ยงทางคอมพิวเตอร์ที่ค่อนข้างซับซ้อนและบุคลากรบางคนมีความสามารถในการใช้คอมพิวเตอร์น้อยจึงให้แจ้งหัวหน้างานหรือเลขาความเสี่ยงโดยตรงมีการปรับปรุงการเข้าถึงโปรแกรมความเสี่ยงทางคอมพิวเตอร์ให้ใช้งานง่ายมีการเยี่ยมหน่วยงานและสอนหน่วยงานเขียนรายงานความเสี่ยงมอบหมายหัวหน้ารองหัวหน้าผู้จัดการความเสี่ยงระดับหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้องเป็นพี่เลี้ยงให้แก่บุคลากรในหน่วยงานสนับสนุนการรายงานความเสี่ยงด้วยการใช้โปรแกรมความเสี่ยงคอมพิวเตอร์กรณีเกิดปัญหาเจ้าหน้าที่คอมพิวเตอร์ผู้ดูแลระบบคอยให้คำแนะนาและช่วยแก้ปัญหาปี 2562 (มีนาคม 2562) เริ่มรายงานความเสี่ยงด้วยระบบ HRMS & NRLS on Cloud ทำให้บางหน่วยงานมีรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงลดลง เนื่องจากเจ้าหน้าที่ต้องทำความเข้าใจ * จากการดักจับการรายงานอุบัติการณ์และเหตุเกือบพลาดที่ยังมีรายงานน้อยจัดให้ทุกหน่วยงานมีการระดมความคิดจัดทำ Risk profile เพื่อให้มีการดักจับและรายงานอุบัติการณ์และเหตุเกือบพลาดได้อย่างครอบคลุมขึ้น * การรับรู้อุบัติการณ์ที่มีโอกาสเกิด (เชิงรุก) โดยการ Round ของทีมต่างๆ   - Hospital Round โดยผู้บริหารระดับสูงรวมทั้งมีการนิเทศทางการพยาบาลโดยหัวหน้าพยาบาลและหัวหน้ากลุ่มงานของโรงพยาบาลในเรื่องการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล (QA) ตามจุดเน้นที่กลุ่มการพยาบาลกำหนดเช่นเรื่องการบริหารยา High Alert Drug การบันทึกทางการพยาบาลโดยหัวหน้างานนิเทศเรื่องความเสี่ยงในหน่วยงานและการพัฒนางานคุณภาพการพยาบาลตาม Care Process ด้วยการใช้เครื่องมือและกิจกรรมต่างๆเช่น Nursing Conference การนิเทศนอกเวลาราชการโดยพยาบาลตรวจการพยาบาล  - Nursing Round โดยทีมบริหารทางการพยาบาลร่วมกับทีม IC Round โดย ICN และ ICWN มีการทบทวนแนวทางปฏิบัติในเรื่องการแพร่กระจายเชื้อ TB ในหอผู้ป่วยการรณรงค์การล้างมือ  - ENV Round โดยคณะกรรมการ ENV สำรวจสิ่งแวดล้อมรอบโรงพยาบาลสำรวจระบบป้องกันอัคคีภัย / ความเพียงพอของแสงสว่างรวมทั้งจัดกิจกรรม 5 ส. ในหน่วยงานกิจกรรม “Big Cleaning Day” ของโรงพยาบาลและสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการหลบหนีของผู้ป่วย และติดตั้งดูแลเรื่องแสงสว่างเพิ่มเติมบริเวณที่จำเป็นเช่นบริเวณอาคารสนับสนุนต่างๆเส้นทางหนีไฟเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการและบุคลากรรวมทั้งจัดซ้อมแผนอัคคีภัยระดับโรงพยาบาลเพื่อให้บุคลากรเข้าใจขั้นตอนการปฏิบัติและปฏิบัติได้ถูกต้องจากการฝึกซ้อมแผนอัคคีภัยพบสัญญาณเตือนดังไม่ครบทุกจุดควรซ้อมแผนนอกเวลาราชการและเจ้าหน้าที่เข้าร่วมซ้อมร้อยละ 100  (5) การจัดการเพื่อบรรลุเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย(PSG):   * โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาได้กำหนด PSG ที่เป็นจุดมุ่งเน้นในเรื่อง : HMPE ดังนี้   H = Hand hygiene  M = Medication error  P = Patient identification  E = ผู้ป่วยทะเลาะวิวาท  กำหนดจุดเน้นนโยบายความปลอดภัยโรงพยาบาล (2P Safety) ผู้ป่วยปลอดภัยบุคลากรปลอดภัยเข้าร่วมโครงการ 2P Safety Hospital โดยเริ่มนำระบบการรายงานระบบ HRMS & NRLS on Cloud ใช้ระบบในเดือนมีนาคม 2562 ปรับปรุงคู่มือและแนวทางปฏิบัติตามเกณฑ์ Safety Goal: SIMPLE โดยกำหนดจุดเน้นของโรงพยาบาลมีการสื่อสารให้บุคลากรทราบเพื่อนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องดังนี้  1) Patient Safety Goals เน้น 4 เรื่องหลัก S-I-M-P-L-E คือ  1.1 Infection Control: การเฝ้าระวังการติดเชื้อ  1.2 Medication Safety: ความปลอดภัยในการใช้ยาเน้น High Alert Drug และ Medication Error Medication Reconciliation  1.3 Patient Care Process: Patient identification / Refer and Transfer Safety กระบวนการดูแลผู้ป่วยเน้นกลุ่มโรคที่มีความเสี่ยงสูง - ผู้ป่วยสุราที่มีภาวะ Delirium tremens with aspiration pneumonia  - Drug dependence with drug induce psychosis  - Drug dependence with TB  1.4 : Line Tubing & Catheter and Laboratory  1.5 Emergency Response: การตอบสนองต่อภาวะเร่งด่วนในกลุ่มโรคเสี่ยงสูง  2) Personnel Safety Goal เน้น 3 เรื่องหลัก S-I-M-E คือ  2.1 Social Media and Communication: การใช้สื่อออนไลน์อย่างเหมาะสม  2.2 I: Infection and Exposure: การป้องกันบุคลากรติดเชื้อที่ปลอดภัย  2.3 Mental Health and Mediation: การดูแลความรู้สึกไม่ปลอดภัยของบุคลากรจากการถูกคุกคามทางร่างกายและจิตใจ  2.4 Environment and Working Conditions: การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยในการทำงาน  (6) การประเมินประสิทธิภาพของการบริหารความเสี่ยงและการตอบสนองที่เกิดขึ้น:   * ตามทีโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลามีนโยบายในการบริหารความเสียงทีชัดเจนโดยกำหนดให้หัวหน้าหน่วยงานทุกคนเป็นผู้จัดการความเสียงของหน่วยงานและมีการกำหนดโปรแกรมการบริหารความเสียงที่ครอบคลุมทั้งทางด้านคลินิกและทั่วไปและเข้าร่วมความเสี่ยงด้วยระบบ HRMS & NRLS on Cloud โดยมีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการติดตามและมีการสรุปผลเพื่อรายงานในการประชุมคณะกรรมการโรงพยาบาลทุกเดือนนอกจากนี้ยังมีการตามรอยหน้างานเชิงรุกพบว่ามีการรายงานอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นบุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในการจัดทำบัญชีความเสียงของหน่วยงานได้เพิ่มขึ้นสามารถบอกเกี่ยวกับความเสี่ยงทีสำคัญของหน่วยงาน * การค้นหาและรวบรวมความเสี่ยง : ส่วนใหญ่รายงานความเสี่ยงที่ได้จะมาจากการรายงานอุบัติการณ์จึงได้ทำแผนกระตุ้นระบุเป็นการค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก * ประเมินและวิเคราะห์ความเสี่ยงโดยมีแนวทางและรูปแบบการวิเคราะห์ความเสี่ยงให้ทุกหน่วยโดยทีมความเสี่ยงจะลงเยี่ยมหน่วยงานสร้างความรู้ความเข้าใจในการจัดทำ risk profile * การประเมินผลติดตามตัวชี้วัดจะมีการติดตามลงข้อมูลทุกเดือนในแบบการบันทึก Risk profile * มีแผนพัฒนาลงเยี่ยมหน่วยงานสร้างความรู้ความเข้าใจและฝึกการทำ risk register   **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   * ห้องปฏิบัติการได้รับรองตามมาตรฐานจากสภาเทคนิคการแพทย์และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เป็นการประกันคุณภาพผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยอย่างถูกต้องและแม่นยำตามมาตรฐาน * พัฒนาการป้องกันผู้ป่วยหลบหนีออกจากโรงพยาบาลของตึกผู้ป่วยในระยะบำบัดด้วยยาพบว่า มีอุบัติการณ์ผู้ป่วยหนีลดลง โดยมีการพัฒนาต่อเนื่องเป็น CQI ทำให้อัตราการหลบหนีลดลงในตึกบำบัดยาชายจากสถิติผู้ป่วยหลบหนี ปี 2559 จำนวน 25 ราย ปี 2560 จำนวน 49 ราย ปี 2561 จำนวน 24 ราย ตามลำดับแก้ไขโดยทำ RCA และได้มีการปรับปรุงมาตรการดูแลอย่างต่อเนื่อง อุบัติการณ์ความเสี่ยงผู้ป่วยหลบหนีปี 2562 ลดลง เหลือจำนวน 6 ราย   **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | | |
| 1. ระบบบริหารงานคุณภาพ การประสานงานและบูรณาการ การทำงานเป็นทีม | **3.5** | **I** | | - ตัวแทนจากทีม RM มีส่วนร่วมเป็นสมาชิกในทีม PCT เพื่อประสานงาน  - เข้าร่วมประชุมกับ PCT ในหัวข้อประเด็นเกี่ยวกับระบบ RM | | | | | |
| 1. การประเมินตนเองและจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ | **3.5** | **I** | | จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพให้มีความเฉพาะเจาะจงมากขึ้นในหัวข้อ 2P safety | | | | | |
| 1. การทบทวนการให้บริการและการดูแลผู้ป่วย | **3.5** | **I** | | - ในการทบทวนที่ล่าช้าเบื้องต้นจัดให้มีการทบทวนในหน่วยงานที่เกิดอุบัติการณ์ก่อนแล้วจัดทบทวนกับทีมระบบที่เกี่ยวข้องต่อไป  - มอบหมายหน่วยงานที่พบอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไปเป็นเจ้าภาพในการทบทวน | | | | | |
| 1. การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย | **3.5** | **I** | | กระตุ้นการหาความเสี่ยงเชิงรุกในหน่วยงาน | | | | | |
| 1. ระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย | **3.5** | **L** | | Quality Round ในกลุ่มงานที่ยังขาดความรู้จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องความเสี่ยงแก่บุคลากรเพื่อกระตุ้นการดักจับค้นหาความเสี่ยงเชิงรุกและเชิงรับ | | | | | |
| 1. กระบวนการบริหารความเสี่ยง | **3.5** | **L** | | สอดแทรกแนวคิดความปลอดภัยลงสู่การทำงานประจำผ่านหัวหน้าพาทำกิจกรรมคุณภาพด้านความเสี่ยงและความปลอดภัยในหน่วยงานรวมทั้งเพิ่มการนำเสนอข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยงในวาระการประชุมของคณะกรรมการบริหารเพื่อเกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยที่ยั่งยืน | | | | | |
| 1. การเรียนรู้จากอุบัติการณ์ | **3.5** | **I** | | สนับสนุนให้ทุกหน่วยงานนำผลจากการทบทวนอุบัติการณ์สำคัญมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อร่วมกันวางแนวทางพัฒนาคุณภาพนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำรวมทั้งติดตามประเมินผลในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล | | | | | |

**II-2.1 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:**ประสิทธิภาพประสิทธิผลของการกำกับดูแลวิชาชีพ ผลลัพธ์ของปฏิบัติการพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วย (เช่น ความปลอดภัย ความสามารถในการดูแลตนเอง ฯลฯ) | | | | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | | | **เป้าหมาย** | | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** |
| **ประสิทธิภาพของการบริหารการพยาบาล** | | | | | | | | | |
| ร้อยละความพึงพอใจในการทำงานของพยาบาล | | | > 80 | | N/A | 74.81 | 79.12 | 81.47 | 82.31 |
| อัตราการคงอยู่ของบุคลากรทางการพยาบาล | | | 95 | | 100 | 100 | 100 | 100 | 93.72 |
| ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยนอกต่อบริการพยาบาล | | | 85 | | 87.63 | 84.50 | 89.45 | 84.50 | 90.91 |
| ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยในต่อบริการพยาบาล | | | 85 | | 80.91 | 83.90 | 82.74 | 82.14 | 85.33 |
| ร้อยละความพึงพอใจของเครือข่ายต่องานด้านวิชาการ  พยาบาล | | | 85 | | 84.85 | 82.85 | 91.0 | 84.5 | 86.9 |
| จำนวนข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ | | | ลดลง/  น้อยกว่า10% | | 5 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| จำนวนผลผลิตงานวิจัยของภารกิจด้านการพยาบาล | | | อย่างน้อย 1 เรื่อง/ปี | | 0 | 3 | 2 | 1 | 2 |
| ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินการตามแผน | | | 100 | | 87 | 92 | 100 | 90 | 100 |
| **ความปลอดภัย** | | | | | | | | | |
| จำนวนอุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม | | | 0 | | 1 | 0 | 3 | 2 | 10 |
| จำนวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาระดับ E ขึ้นไป | | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **มาตรฐาน** | | | | | | | | | |
| อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาล | | | ≥80% | | 77.22 | 77.78 | 92.22 | 90.74 | 90.03 |
| คะแนนความสมบูรณ์ของการใช้กระบวนการพยาบาลจากการบันทึกทางการพยาบาล | | | ≥80% | | 73.56 | 75.28 | 77.83 | 78.02 | 79.36 |
| **ii. บริบท**  ภารกิจด้านการพยาบาลโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาเป็นองค์กรวิชาชีพที่ขึ้นตรงต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลโดยมีคณะกรรมการบริหารภารกิจด้านการพยาบาลในการบริหารและจัดการทางการพยาบาลมีภารกิจในการจัดบริการทางการพยาบาลแก่ผู้รับบริการ/ ผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดทุกประเภทรวมถึงผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตให้บริการทั้งด้านการส่งเสริมรักษาฟื้นฟูและป้องกัน และมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดให้มีประสิทธิภาพแบบองค์รวมตามมาตรฐานวิชาชีพเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพสู่ชุมชนและพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีสมรรถนะในการให้บริการด้วยคุณธรรมและจริยธรรมตลอดจนส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรมในการพัฒนาคุณภาพบริการการพยาบาลวิชาการพยาบาลและพัฒนาเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 11 และ 12 รวม8จังหวัดภาคใต้สรรหาบุคลากรให้เพียงพอส่งเสริมการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถและสมรรถนะเชิงวิชาชีพเพื่อสามารถให้บริการอย่างมีคุณภาพ  มีหน้าที่หลักและเป้าหมายดังนี้   * จัดบริการพยาบาลให้มีคุณภาพสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้ใช้บริการ * บริหารจัดการและพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลให้มีความสามารถและมีความสุขในการทำงาน * ประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยให้มีบริการที่มีประสิทธิภาพส่งเสริมสนับสนุนการสร้างและพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพให้เข้มแข็ง   ลักษณะผู้ป่วยสำคัญ: ผู้ป่วยสุรา, ผู้ป่วยแอมเฟตามีน (ยาบ้า), ผู้ป่วยแอมเฟตามีน (ยาบ้า)ที่มีอาการทางจิต  กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง: ผู้ป่วยสุราที่มีภาวะ Delirium tremens with aspiration pneumonia, Drug dependence with drug induced psychosis, Drug dependence with TB  จำนวนกำลังคนด้านการพยาบาลเทียบกับภาระงาน:  งานบริการที่อยู่ในความรับผิดชอบคือกลุ่มงานผู้ป่วยนอก(งานการพยาบาลชุมชน, งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกบำบัดด้วยยา, งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกฟื้นฟูสมรรถภาพ, งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกคลินิกพิเศษ: คลินิกยาเสพติดทั่วไป, คลินิกเมธาโดน, คลินิกบุหรี่, คลินิกให้คำปรึกษา เมทริกโปรแกรม)กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยในประกอบด้วย ตึกบำบัดด้วยยาชาย (ตึกพุทธชาด) ตึกผู้ป่วยยาเสพติดบำบัดด้วยยาที่มีอาการทางจิตและสุรา (ตึกลีลาวดี) ตึกบำบัดด้วยยาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหญิง (ตึกพวงชมพู) และตึกฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยชาย (ตึกบานบุรี)และงานวิชาการพยาบาล (งานการพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ, งานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล, งานถ่ายทอดการพยาบาล, งานการพยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต)  มีบุคลากรทั้งหมด 78 คน จำแนกเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 49 คน (ข้าราชการ47 คนพนักงานกระทรวงสาธารณสุข2คน) พยาบาลเทคนิค 1คนพนักงานประจำสำนักงาน 1 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 29 จำนวน(ลูกจ้างประจำ 4 คน, พนักงานราชการ 6 คน, พนักงานกระทรวง 5 คน,จ้างเหมาบริการ 14 คน) วิเคราะห์ผลิตผล(Productivity) ปี 2558-2562 อยู่ระหว่าง 90.56 – 200%พบหน่วยงานที่มีอัตรากำลังไม่เพียงพอคือ ตึกฟื้นฟูสมรรถภาพชาย มีการจัดให้บุคลากรทางการพยาบาลในหน่วยงานที่มีภาระงานน้อยไปช่วยหน่วยงานที่มีภาระงานมากจัด OTบุคลากรที่มีอยู่เกลี่ยและหมุนเวียนอัตรากำลังภายในภารกิจด้านการพยาบาล ผสมผสานอัตรากำลังระหว่างหน่วยงานของภารกิจด้านการพยาบาลและใช้ Skill Mix ในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งมีการTraining ผู้ป่วยยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดครบขั้นตอน (Ex Addict) เพื่อทำหน้าที่ Ex Staff ในการดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ประเภทบุคลากร** | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** | | พยาบาลวิชาชีพ | 47 | 47 | 47 | 47 | 49 | | พยาบาลเทคนิค | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | ผู้ช่วยเหลือคนไข้ | 21 | 21 | 23 | 26 | 29 | | พนักงานประจำสำนักงาน | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | รวม | 70 | 70 | 72 | 76 | 78 |   สาขาที่มีพยาบาลเชี่ยวชาญ:   |  |  | | --- | --- | | **สาขาที่มีพยาบาลเชี่ยวชาญ** | **จำนวนคน (คน)** | | |  | | --- | | การพยาบาลเวชปฏิบัติ | | 1 | | ปริญญาโทสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช | 11 | | ปริญญาโทสาขาการบริหารทางการพยาบาล | 1 | | ปริญญาโทสาขาการบริหาร | 1 | | ปริญญาเอกสาขาการพยาบาล (นานาชาติ) | 1 |   **iii. กระบวนการ**  II-2.1 ก. การบริหารการพยาบาล  (1) การจัดทีมผู้บริหาร:   * กำหนดผู้นำทางการพยาบาลไว้ 3 ระดับคือ 1) ผู้บริหารระดับสูงได้แก่หัวหน้าพยาบาล/ รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล 2) ผู้บริหารระดับกลางได้แก่รองหัวหน้าพยาบาล/ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล3) ผู้บริหารระดับต้นได้แก่หัวหน้างาน/ หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการพัฒนาความรู้ความสามารถของทีมผู้บริหารในแต่ละตำแหน่ง โดยผู้นำทางการพยาบาลทุกระดับผ่านการอบรมหลักสูตรผู้บริหารหลักสูตรผู้บริหารระดับต้น1 คน หลักสูตรผู้บริหารระดับกลาง9คนหลักสูตรผู้บริหารระดับสูง 1 คน และส่งเสริมสนับสนุนให้เรียนเฉพาะทางด้านบริหารทางการพยาบาลระดับปริญญาโท 1 คนหลักสูตรบริหารทางการพยาบาล (หลักสูตรระยะสั้น 1คน) เรียนต่อในระดับปริญญาโทคิดเป็นร้อยละ81.81ทำให้หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าหอ หอผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้สามารถบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลวัสดุครุภัณฑ์ส่งผลให้คุณภาพบริการพยาบาลดีขึ้น * กำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งสำหรับผู้บริหารทุกระดับได้รับการประเมินสมรรถนะ (Core competency) ตามก.พ. ปีละ 2 ครั้งประกอบด้วยสมรรถนะของผู้บริหารทางการพยาบาล5ด้าน(การมุ่งผลสัมฤทธิ์,บริการที่ดี, การสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ, การยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรมและการทำงานเป็นทีม)และสมรรถนะของพยาบาล (Functional Competency) 3 ด้าน การบริการพยาบาลทางคลินิก, การถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยีทางพยาบาล, การวิจัยและพัฒนาทางการพยาบาลปี 2562พบว่าสมรรถนะที่ต้องพัฒนามากที่สุดคือการนิเทศทางการพยาบาลรองลงมาคือการพัฒนาคุณภาพและการประกันคุณภาพทางการพยาบาลพัฒนาโดยการเรียนรู้ด้วยตนเองอบรมภายนอกหน่วยงาน   (2) การจัดอัตรากำลัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง หรือขาดแคลนบุคลากร:   * วางแผนจัดอัตรากำลังทั้งในระยะสั้นและระยะยาวโดยนำฐานข้อมูลของบุคลากรทางการพยาบาลในปัจจุบันมาพิจารณาวางแผนอัตรากำลังเพื่อทดแทนบุคลากรเดิมตามแผนการขยายบริการของโรงพยาบาลและ Service plan การวางแผนอัตรากำลังทดแทนจากการเกษียณอายุราชการจัดทำแผน 5 ปีโดยขออัตรากำลังแบบ Skill Mix เพิ่มโดยวิเคราะห์ความต้องการเพิ่มอัตรากำลังสุทธิ ในระยะที่ 1 (พ.ศ. 2560 – 2564)มีการเตรียมกำลังคนเพื่อรองรับการสูญเสียจากการเกษียณอายุเช่น พนักงานช่วยการพยาบาลจัดทำแผนจำนวน 5 คน * หน่วยงานที่มีอัตรากำลังไม่เพียงพอคือ ตึกฟื้นฟูสมรรถภาพชายภารกิจด้านการพยาบาลจัดผู้ดูแลผู้ป่วยตำแหน่งผู้ช่วยเหลือคนไข้ให้ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยฟื้นฟูฯในเวรบ่ายดึกมีการควบคุมดูแลและให้คำแนะนำโดยพยาบาลหัวหน้าเวรและพยาบาลเวรตรวจการและพัฒนาศักยภาพในด้านต่างๆ ดังนี้   - จัดอบรมให้ความรู้เรื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟูฯการป้องกันความเสี่ยงด้านพฤติกรรมเป็นต้น  - มีการประเมินผลการปฏิบัติงานและสมรรถนะทุก 6 เดือนและนำ Gap Analysis มาวางแผนพัฒนาความรู้และทักษะ   * มีแผนจัดอัตรากำลังสำรองในภาวะฉุกเฉิน ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานการพยาบาลที่เป็นงานที่มีความเสี่ยงสูงได้รับการอบรมเฉพาะทางตาม Training Need ของโรงพยาบาลโดยทำแผนพัฒนาบุคลากรทุกปีทั้งอบรมระยะสั้นและเฉพาะทาง 4 เดือนวิเคราะห์ข้อมูลบุคลากรทางการพยาบาลในภาพรวมในปี 2563ยังขาดอยู่จึงวางแผนพัฒนาดังนี้  |  |  | | --- | --- | | **หลักสูตรที่ต้องพัฒนาตามส่วนขาด** | **จำนวน (คน)** | | การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิต | 5 | | การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย | 5 | | การดูแลผู้ป่วยสุราที่มีภาวะแทรกซ้อน | 5 | | การบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยยาเสพติด (CBT) | 5 | | Satir Advance | 3 | | Matrix Program | 5 | | หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ใช้ยาและสารเสพติด | 5 | | การจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย (สำหรับผู้ช่วยเหลือคนไข้) | 20 |  * ภารกิจด้านการพยาบาลมีนโยบายส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกให้มีการศึกษาอบรมเพิ่มเติมในหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใช้ยาและสารเสพติดและหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในแต่ละหน่วยงานเพื่อให้สามารถบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวช โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างเป็นระบบ โดยมีพยาบาลผ่านการอบรมเฉพาะทางทุกหน่วยงานจำนวน 20 คน * ภารกิจด้านการพยาบาลกำหนดให้มีการประเมินสมรรถนะ 2 ครั้ง/ปีตามก.พ.ในปี 2562 พบว่าบุคลากร   ทางการพยาบาลบางส่วนยังขาดสมรรถนะการสั่งสมเชี่ยวชาญในอาชีพซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ใหม่พัฒนาโดยอบรมในหน่วยงานและนอกหน่วยงาน การจัดประชุมวิชาการร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในกลุ่มโรคที่มีความเสี่ยงสูงและติดตามนิเทศหน้างานโดยหัวหน้างานกำลังอยู่ระหว่างการประเมินผลลัพธ์และปี 2563มีแผนเพิ่มการประเมินสมรรถนะให้เหมาะสมกับจุดเน้นของโรงพยาบาลในกลุ่มโรคสำคัญคือผู้ป่วยสุรา, ผู้ป่วยแอมเฟตามีน (ยาบ้า), ผู้ป่วยแอมเฟตามีน (ยาบ้า)ที่มีอาการทางจิตมีการพัฒนาบุคลากรโดยการหมุนเวียนงานในโรงพยาบาล (Rotation)เพื่อให้พยาบาลมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจทั้งการบำบัดด้วยยาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีทักษะเพิ่มขึ้น และสามารถทดแทนกันได้ทุกหน่วยงาน ในปี 2561-2562 ได้มีการ Rotation ในระดับผู้ปฏิบัติ จำนวน 6 คน ระดับรองหัวหน้าตึก จำนวน 3 คน ทำให้การทำงานมีมาตรฐานเดียวกันและบุคลากรสามารถทำงานทดแทนกันได้   * มีการธำรงรักษาบุคลากรทางการพยาบาลให้อยู่ในระบบเช่นการส่งเสริมความก้าวหน้าตามบันไดทางวิชาชีพ(Career Path) สร้างขวัญกำลังใจและสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงานสวัสดิการด้านต่างๆเช่นบ้านพักของเยี่ยมไข้ชุดปฏิบัติงานงานเลี้ยงปีใหม่การเบิกค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ (เบิกตามอัตราของประกาศคณะกรรมการพิจารณาการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข) พ.ต.ส. และ P4P พบว่ามีอัตราการลาออกของพยาบาลที่เป็นข้าราชการจำนวน3คนในปี 2562อายุอยู่ในช่วงระหว่าง 54-59 ปี สาเหตุการลาออกคือปัญหาสุขภาพ 1 คนดูแลบุพการี1คนและประกอบธุรกิจส่วนตัว 1 คน   (3) โครงสร้างและกลไกกำกับดูแลการกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ:   * การกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ: พยาบาลวิชาชีพมีการสอบใบประกอบวิชาชีพการพยาบาล   และผดุงครรภ์และมีระบบแจ้งเตือนให้พยาบาลดำเนินการต่ออายุใบประกอบวิชาชีพครบทุกคนผลการประเมินของพยาบาลเรื่องการพัฒนาความรู้ทางการพยาบาลต่อเนื่อง ( 50 หน่วยคะแนน/ 5 ปี) ครบ 100 %ปฐมนิเทศพยาบาลวิชาชีพใหม่ในเรื่องทิศทางนโยบายเป้าหมายของกลุ่มการพยาบาลกฎระเบียบแนวทางปฏิบัติความรู้เฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด การบันทึกทางการพยาบาลการบริหารความเสี่ยงเพื่อสร้างความตระหนักและสนับสนุนให้ทุกคนปฏิบัติตามมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพจัดทำแผนอบรม/ฟื้นฟูให้ความรู้จริยธรรมวิชาชีพมีคู่มือพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยพร้อมแนวทางปฏิบัตินิเทศโดยหัวหน้างานเพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงทางจริยธรรมและมีช่องทางการรับเรื่องร้องเรียนจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างคุณธรรมจริยธรรมคือการทำบุญตักบาตรวันขึ้นปีใหม่และวันสำคัญทางศาสนาทุกศาสนาร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้รับบริการ   * การนิเทศ กำกับดูแลปฏิบัติการพยาบาล:กำหนดการนิเทศเป็น 4 ประเภทคือ 1) Grand Round นิเทศโดย   รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาลและหัวหน้ากลุ่มงาน ในเรื่องการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล 2) Field Round นิเทศโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล (QA) ตามจุดเน้นที่กลุ่มการพยาบาลกำหนดเช่นการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลการบริหารยา HAD การบันทึกทางการพยาบาล 3) ระดับหอผู้ป่วยโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยนิเทศเรื่องความเสี่ยงในหน่วยงานและคุณภาพการพยาบาลตามกลุ่มโรคสำคัญและ 4) การนิเทศนอกเวลาราชการโดยพยาบาลเวรตรวจการพบว่าการบันทึกทางการพยาบาลด้วยแนวคิด Focus Charting การเขียนปัญหายังไม่ครอบคลุมและเขียนปัญหาไม่สอดคล้องกับผู้ป่วยจึงมีการเพิ่มพูนทักษะความรู้เกี่ยวกับระบบการเขียนบันทึกทางการพยาบาลให้ครอบคลุมกระบวนการพยาบาลและเพิ่มความสมบูรณ์ของบันทึกทางการพยาบาลให้ได้ตามมาตรฐานตามบันทึกทางการพยาบาลและสามารถนำข้อมูลจากการบันทึกทางการพยาบาลไปใช้ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ผลการประเมินพบว่าคะแนน Audit ปี2560-2562อยู่ระหว่าง ร้อยละ90.03 -92.22โดยใช้เกณฑ์การประเมินการเขียนบันทึกทางการพยาบาลจากสปสช.  การนิเทศการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤติในกลุ่มโรคสำคัญได้แก่ผู้ป่วยสุราได้มีการปรับการประเมินผู้ป่วยโดยใช้AWSscoreไปเป็นการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ CIWA- Arscoreด้วยเหตุผลคือ มีการประชุมร่วมกันเรื่องการใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ระหว่างสถาบันบําบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ในภูมิภาคทั้ง 6 แห่ง ให้มีมาตรฐานเดียวกัน คือ แบบประเมิน CIWA-Ar score และจากการทบทวนพบว่า แบบประเมิน CIWA-Ar score เป็นแบบประเมินความเสี่ยงของภาวะถอนพิษสุรา ที่พัฒนามาจากเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน มีความเที่ยงตรง ความน่าเชื่อถือ จึงมีการจัดอบรมเจ้าหน้าที่เพื่อเพิ่มพูนความรู้ทักษะในเรื่องการใช้แบบประเมินผู้ป่วยสุรา CIWA-Ar scoreเพื่อเฝ้าระวังผู้ป่วยวิกฤติ ที่เกิดความรุนแรงของอาการขาดสุราขั้นรุนแรงจนถึงขั้นภาวะสมองสับสน หรือ Delirium tremens (DTs) รายงานแพทย์ได้ทันท่วงทีเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ Delirium tremens (DTs) จึงมีการให้ความรู้และมอบหมายให้หัวหน้างานติดตามกำกับผลการใช้แบบประเมินผู้ป่วย การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ ด้วยแบบประเมิน CIWA-Ar score พบว่า ผลการใช้แบบประเมิน CIWA-Ar score ตามแนวทาง มีการใช้แบบประเมินจำนวน 2ราย (ร้อยละ100) ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิน CIWA-Ar score พบว่า มีภาวะ Alcohol withdrawal stateจำนวน 2รายยังไม่เกิดภาวะ Delirium tremens (DTs) (เริ่มใช้เดือน พฤศจิกายน 2562)   * การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย:   - มีการกำหนดผู้รับผิดชอบโครงสร้างงานพัฒนาคุณภาพการพยาบาลทำหน้าที่รับผิดชอบการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในรูปของคณะกรรมการด้านต่างๆมีคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของกลุ่มการพยาบาลดำเนินการตามระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลโดยคณะกรรมการมีหน้าที่รวบรวมและวิเคราะห์อุบัติการณ์จำแนกตามโปรแกรมความเสี่ยงและระดับความรุนแรงรายงานทีมบริหารภารกิจด้านการพยาบาลทราบทบทวนอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไปใช้เครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพเช่น 3P, Clinical Tracer, CQI, Care Process และ SIMPLE และมีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยที่เกิดอุบัติการณ์ส่งผลให้เกิดการพัฒนาในการดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยและครอบคลุมอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับภารกิจด้านการพยาบาลที่พบมากที่สุดคือตึกบำบัดด้วยยาชาย (พุทธชาด)มีผู้ป่วยหลบหนี ปี 2559 จำนวน 25 ราย ปี 2560 จำนวน 49 ราย ปี 2561 จำนวน 24 ราย ตามลำดับแก้ไขโดยทำ RCA และได้มีการปรับปรุงมาตรการดูแลอย่างต่อเนื่อง อุบัติการณ์ความเสี่ยงผู้ป่วยหลบหนีปี 2562 ลดลง เหลือจำนวน 6 ราย  - ปี 2562โรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการ 2P Safety Hospital โดยได้เริ่มนำระบบการรายงานความเสี่ยงด้วยระบบ HRMS & NRLS on Cloudและทดลองใช้ระบบในเดือนมีนาคม 2562 กลุ่มการพยาบาลกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลจาก 2P Safety เพื่อติดตามคุณภาพการพยาบาล   * การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม: ระบบการจัดเก็บข้อมูลสารสนเทศในภารกิจด้านการพยาบาลยังไม่มีประสิทธิภาพทั้งด้านทรัพยากรบุคคลตัวชี้วัดจึงได้กำหนดให้มีเจ้าหน้าที่ประจำสำนักงานเพื่อดูแลระบบสารสนเทศจากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าเกิดระบบการจัดเก็บและติดตามอย่างต่อเนื่องมีคู่มือการปฏิบัติงานคู่มือการดูแลผู้ป่วยสำหรับครอบครัวส่งเสริมการใช้งานวิจัยมี CNPG 4กลุ่มโรคเช่นผู้ป่วยสุรา ผู้ป่วยยาบ้า ผู้ป่วยเฮโรอีนผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต ส่วน CNPG ที่ยังไม่คลอบคลุมเป็นโอกาสพัฒนาต่อไป * การควบคุมดูแลบุคลากรที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรมหรือมีคุณวุฒิต่ำกว่าเกณฑ์: ได้กำหนดนโยบายในการ   ควบคุมกำกับบุคลากรที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรมหรือมีคุณวุฒิต่ำกว่าเกณฑ์โดยจะต้องปฏิบัติหน้าที่ภายใต้การกำกับดูแลของพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์มีการปฐมนิเทศก่อนปฏิบัติงานและจัดให้มีพี่เลี้ยงในการฝึกปฏิบัติและควบคุมกำกับโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้างานและการกำหนดระยะเวลาทดลองงานการประเมินผลสำหรับบุคลากรเข้างานใหม่มีการประเมินความรู้ความสามารถทุก 3 เดือนจนผ่านการประเมินจึงสามารถขึ้นปฏิบัติงานเป็นอัตรากำลังจริงในทีมการพยาบาลของหน่วยงาน มีพยาบาลพี่เลี้ยงผ่านการอบรมทำหน้าที่นิเทศควบคุมกำกับนักศึกษาพยาบาลมีครูพี่เลี้ยง18 คน และครูคลินิก 24 คน เพื่อกำกับการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาอย่างมีประสิทธิภาพ   * การจัดการความรู้และส่งเสริมการวิจัย:มีโครงสร้างและผู้รับผิดชอบชัดเจน คือ หัวหน้างานวิจัยและ   คณะกรรมการในการดำเนินการจัดการ มีกิจกรรม จัดอบรม ช่วยเหลือ ติดตาม มีผลงานกำหนดนโยบายให้หน่วยงานทางการพยาบาลผลิตงานวิจัยจากงานประจำการนำงานวิจัยมาใช้หรือต่อยอดส่งเสริมสนับสนุนพัฒนาศักยภาพเพื่อให้เกิดผล/งานเด่นทางด้านวิชาการโดยมีพี่เลี้ยงที่มีประสบการณ์มาช่วยและที่ปรึกษาด้านวิชาการตลอดจนส่งเสริมให้มีการนำเสนอผลงานวิจัยในเวทีต่างๆทั้งภายในโรงพยาบาลในระดับประเทศ การผลิตนวัตกรรมและการนำนวัตกรรมมาใช้และโดยมีผลงานดังนี้  งานวิจัยปี 2560  การสนับสนุนของคอรบครัวต่อการจัดการอาการอยากยาของผู้ป่วยยาเสพติดระยะหลังจากบำบัดรักษาในกลุ่มโรงพยาบาลธัญญารักษ์ (ต่อเนื่อง 2 ปีปี 2560 และ 2561)  การดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยยาเสพติดตามการรับรู้ขชองพยาบาลและผู้ป่วยยาเสพติดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา  งานวิจัยปี 2561  การสนับสนุนของคอรบครัวต่อการจัดการอาการอยากยาของผู้ป่วยยาเสพติดระยะหลังจากบำบัดรักษาในกลุ่มโรงพยาบาลธัญญารักษ์ (ต่อเนื่องปีที่ 2 )  งานวิจัยปี 2562   1. ประสิทธิภาพการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดที่เสพน้ำกระท่อมและส่วนประสมในจังหวัดสงขลา 2. ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลของผู้แลผู้ติดสุราที่มาบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์   (4) การประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการต่างๆ:  ภารกิจด้านการพยาบาลส่งตัวแทนเข้าร่วมในคณะกรรมการคุณภาพให้มีบทบาทในทีมนำต่างๆของโรงพยาบาลเช่น ทีมนำทางคลินิก(PCT) และทีมนำเฉพาะด้านอื่นๆของโรงพยาบาลได้แก่คณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด คณะกรรมการบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (ENV)มีการทบทวนการหลบหนีของผู้ป่วยและร่วมวางแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยทำให้การมีการเชื่อมโยงระบบต่างๆในเชิงกระบวนการพัฒนาและเกิดผลลัพธ์ที่ดีจำนวนผู้ป่วยหลบหนีลดลงจากสถิติ ผู้ป่วยหลบหนีตึกบำบัดด้วยยาชาย (พุทธชาด)มีผู้ป่วยหลบหนี ปี 2559 จำนวน 25 ราย ปี 2560 จำนวน 49 ราย ปี 2561 จำนวน 24 ราย ตามลำดับแก้ไขโดยทำ RCA และได้มีการปรับปรุงมาตรการดูแลอย่างต่อเนื่อง อุบัติการณ์ความเสี่ยงผู้ป่วยหลบหนีปี 2562 ลดลง เหลือจำนวน 6 ราย  (5) การเชื่อมโยงการจัดการความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ กับภาพรวมขององค์กร:   * มีคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของภารกิจด้านการพยาบาลดำเนินการตามระบบบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลโดยคณะกรรมการมีหน้าที่รวบรวมและวิเคราะห์อุบัติการณ์จำแนกตามโปรแกรมและระดับความรุนแรงรายงานให้กับทีมบริหารภารกิจด้านการพยาบาลทราบรวมทั้งอุบัติการณ์ที่มีระดับความรุนแรงระดับ E ขึ้นไปหรือไม่รุนแรงแต่เกิดบ่อยจะได้รับการแก้ไขโดยคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของกลุ่มการพยาบาลและนำเสนอในคณะกรรมการบริหารของภารกิจด้านการพยาบาลการบริหารความเสี่ยงการบริหารความปลอดภัยและการบริหารคุณภาพของปฏิบัติการพยาบาลสอดคล้องกับเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของโรงพยาบาล นำนโยบายการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลมาจัดทำแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการของกลุ่มการพยาบาลและนำสู่การปฏิบัติทุกหน่วยงานใช้ Risk register ในการประเมินความเสี่ยง   (6) การประเมินการบรรลุเป้าหมายของปฏิบัติการพยาบาล:   * การประเมินผลจากตัวชี้วัดด้านความปลอดภัยในการให้บริการเช่นผู้ป่วยหลบหนีมีแนวโน้มลดลง โดยการดำเนินการประสานงานระหว่างตึกผู้ป่วย ทีม ENV ทีมความเสี่ยง และองค์กรภายนอกคือ คุมประพฤติและตำรวจชุมชน แต่ยังต้องเฝ้าระวังและหาโอกาสพัฒนาต่อเกี่ยวกับความเสี่ยงทางการพยาบาลได้มีการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยสุราให้ปลอดภัยจากภาวการณ์ขาดสุรารุนแรงและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากการทำ Tracer, CQI * มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการและนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงการให้บริการ จากสถิติในการทำกลุ่มครอบครัวศึกษา พบว่า มีระดับความพึงพอใจ ร้อยละ 86.9 ซึ่งมีข้อเสนอแนะจากครอบครัว คือต้องการทราบข้อมูล ผลการบำบัดของผู้ป่วย จึงมีการพัฒนาโดย จัดเจ้าหน้าที่สำหรับให้ข้อมูลแก่ครอบครัวในวันญาติเยี่ยม ผู้นำองค์กรสนับสนุนโทรศัพท์สายนอกในการเพิ่มช่องทางในการสื่อสารกับครอบครัว   II-2.1 ข. ปฏิบัติการพยาบาล  (1) สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมวิชาชีพ:   * ให้การปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดหลักสิทธิ 10 ประการเคารพในสิทธิผู้ป่วย และยึดตามหลักจริยธรรมวิชาชีพพยาบาลมีการสื่อสารให้ผู้ป่วยรับทราบและเข้าถึงสิทธิที่พึงมีการรับเรื่องร้องเรียนและดำเนินการแก้ไขการรักษาความลับผู้ป่วยและแนวทางการแจ้งข่าวร้ายแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจให้ข้อมูลอย่างเพียงพอชัดเจนและลงนามยินยอมก่อนนอนโรงพยาบาลทุกครั้งปี 2562 มีระดับความพึงพอใจผู้ใช้บริการผู้ป่วยนอกร้อยละ90.91ผู้ป่วยในร้อยละ85.33เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา * มีการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย เช่น ประสานนักจิตวิทยา สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิต นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนากร ในเรื่องอาหารเฉพาะโรคสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย   (2) การใช้ข้อมูลวิชาการและมาตรฐานวิชาชีพ:   * ให้การพยาบาลบนพื้นฐานของการใช้หลักฐานทาง Evidence based และมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล * เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพและทันสมัย องค์กรพยาบาลได้มีการทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด โดยกำหนดประเภทและอาการของผู้ป่วยยาเสพติดตามความเร่งด่วนและจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยอ้างอิงมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดของ สถาบันบําบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.) มีการพัฒนาองค์ความรู้และสมรรถนะของบุคคลากร เกี่ยวกับช่วยฟื้นคืนชีพตามมาตรฐานใหม่ทุกปีมีการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาล โดยเน้นปัญหาของผู้ป่วยเป็นสำคัญ (FocusCharting) และนำระบบสารสนเทศมาใช้ในการเฝ้าระวังความเสี่ยงในดูแลผู้ป่วย เช่น การดูแลผู้ป่วยได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง   **ผลลัพธ์**   * มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญเร่งด่วน 3 โรค คือ ผู้ป่วยสุราที่มีภาวะขาดสุรารุนแรง ร่วมกับภาวะปอดอักเสบ,ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีวัณโรคปอด,ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะแรกซ้อนทางจิต * มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดทุกประเภทตามรูปธรรม * จากการใช้สารสนเทศในการเฝ้าระวังเกี่ยวกับการได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูงของผู้ป่วย ไม่พบอุบัติการณ์แต่อย่างใด * พยาบาลได้รับความรู้ในการฟื้นฟูการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพทุกปี 100 % * นำผลงานวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดโดยนำมาประยุกต์กับกลุ่มครอบครัวศึกษาพบว่า ปี 2562 ระดับความพึงพอใจของครอบครัวร้อยละ 86.9เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา   (3) การใช้กระบวนการพยาบาล การดูแลที่เป็นองค์รวม สอดคล้องกับภาวะสุขภาพ วิถีชีวิต และบริบททางสังคม:   * ให้ทุกหน่วยงานนำทฤษฎีทางการพยาบาลกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ เริ่มตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยแรกรับจนกระทั่งจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องในชุมชนโดยมุ่งเน้นให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้รับบริการและมีการเสริมพลังเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องไม่กลับมาใช้ยาเสพติดซ้ำ ก่อนจำหน่าย จากการประเมิน ปี 2560-2562 พบว่า ร้อยละของผู้ป่วย มีความพึงพอใจในการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 97.12, 92.00 และ 96.52 ตามลำดับ * กำหนดให้มีการนิเทศการใช้กระบวนการพยาบาลโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยพบว่าความสมบูรณ์ของการใช้   กระบวนการพยาบาลจากการบันทึกทางการพยาบาลปี 2560-2562 มีแนวโน้มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 77.83, 78.02 และ 79.36 ตามลำดับ   * การปรับกระบวนการดูแลผู้ป่วยหลังจากการทบทวนผลการติดตามอัตราการเสพติดซ้ำและการทำวิจัยหาสาเหตุของการเสพติดซ้ำพบว่าส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากครอบครัว กลุ่มงานวิชาการพยาบาลจึงได้กำหนดกิจกรรมให้ความรู้กับครอบครัวก่อนพบและเยี่ยมผู้ป่วยในวันเยี่ยมญาติ และกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยในได้กำหนดกิจกรรมของวันครอบครัวในหอผู้ป่วยให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของครอบครัวผู้ป่วยเสพติดและสามารถเข้าใจง่ายเช่นการให้ความรู้แก่ครอบครัวเรื่องบทบาทหน้าที่ของครอบครัว * การให้คำปรึกษาครอบครัวและร่วมวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกับครอบครัวซึ่งเน้นการให้การช่วยเหลือที่ตรงกับสภาพปัญหาของแต่ละครอบครัว ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธภาพอันดีต่อกัน สมาชิกมีความเข้าใจความเห็นใจและความรู้สึกที่ดีต่อกันมีความรู้ความเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรค สาเหตุอาการการบำบัดรักษา และมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้นจัดการกับปัญหา การเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สมาชิกสามารถสื่อสารและแสดงออกทางอารมณ์ต่อกันอย่างเหมาะสมรวมถึงการอยู่ร่วมกันในครอบครัวอย่างเป็นสุขลดเสพซ้ำ (relapse) และลดความรู้สึกเป็นภาระ(burden) ในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัวและมีการติดตามผลหลังการบำบัดรักษา ผลลัพธ์ พบว่าร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจากการจำหน่าย (Remission Rate) เพิ่มขึ้นปี 2560 – 2562 ร้อยละ 74.07, 80.27, 84.62 ตามลำดับ   (4) บันทึกทางการพยาบาล:   * บันทึกทางการพยาบาลที่สามารถสื่อสารให้เป็นประโยชน์ในวิชาชีพระหว่างวิชาชีพการดูแลต่อเนื่องการประเมินคุณภาพพยาบาลการบันทึกเป็นรูปแบบเดียวกันคลอบคลุมปัญหาผู้ป่วยจะเป็นลักษณะการสื่อสารที่ครอบคลุมทุกวิชาชีพ * ส่งเสริมให้มีการบันทึกทางการพยาบาลอย่างถูกต้องใช้ประโยชน์จากบันทึกทางการพยาบาลร่วมกับ   สหวิชาชีพต่างๆเพื่อการวิเคราะห์และพัฒนาคุณภาพต่อไปให้เกิดประโยชน์มากที่สุดพัฒนากระบวนการบันทึกทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่องเน้นการประเมินผู้ป่วยอย่างเป็นระบบได้แก่การจัดอบรมการบันทึกการพยาบาลปรับแบบฟอร์มและ/หรือกระบวนการเขียนบันทึกทางการพยาบาลมีการนิเทศติดตามการบันทึกทางการพยาบาลโดยหัวหน้าหอผู้ป่วยทำให้ปี 2561-2562 พบอัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาลสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดเป็นร้อยละ90.74 และ 90.03ตามลำดับ  (5) การประเมินและปรับปรุงปฏิบัติการพยาบาล:   * ให้พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดและมีการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลโดยการนิเทศของหัวหน้าหอผู้ป่วยพบว่าการรายงานผลการนิเทศการปฏิบัติการพยาบาลยังขาดความต่อเนื่องทำให้ขาดการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมและการแก้ไขปัญหาจึงมีการวางแผนการนิเทศในแต่ละระดับพร้อมกำหนดระยะเวลา เพื่อเป็นโอกาสพัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง * จัดทำปรับปรุงและพัฒนา WI โดยพิจารณาจากอุบัติการณ์และข้อร้องเรียนกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติที่   ยึดถือร่วมกันของกลุ่มการพยาบาลเช่นการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะก้าวร้าว ทะเลาะวิวาท ผู้ป่วยหลบหนีการบริหารยาการ Identify ผู้ป่วย  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   * จากการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยสุราที่มีภาวะ DTs ทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีภาวะ DTs พบว่าเกิดภาวะ DTs ไม่นานเกิน 72 ชั่วโมง ได้ตามเป้าหมาย ผู้ป่วยผ่านพ้นจากภาวะการขาดสุรารุนแรงที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานไปได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วมีความปลอดภัย * ทีมการดูแลผู้ป่วยได้มีการพัฒนาระบบการติดตามผล หลังรักษาผู้ป่วยยาเสพติด การติดตามผลดูแลหลังรักษามีวัตถุประสงค์ เพื่อให้บริการผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลังจากการบำบัดรักษาซึ่งผู้ป่วยจะกลับไปอยู่ที่บ้าน โรงพยาบาลมีงานการติดตามดูแลหลังรักษา สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยของครอบครัวช่วยให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากยาเสพติด มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งสิ่งที่ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจคือโรงพยาบาลได้พัฒนา Application LINE เพื่อการเข้าถึงบริการในการดูแลที่ต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วย จนกระทั่งสามารถให้บริการผู้ป่วยเกี่ยวกับการให้ข้อมูลเพื่อการบำบัดรักษาให้ข้อมูลสำหรับการติดตามผล ซึ่งเป็นวิธีการที่เสริมให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการมากขึ้นปัจจุบันมีสมาชิกใน Application Application LINE มากกว่า 500 ราย การใช้ระบบไลน์ดังกล่าวเป็นสิ่งที่ทำให้โรงพยาบาลได้รับรางวัลการเข้าร่วม พัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยในรางวัลเลิศรัฐประจําปี พ.ศ. 2562 ซึ่งเป็นความภาคภูมิใจของการทำงานการให้บริการและส่งผลดีต่อการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่อง   **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | | |
| 1. ระบบบริหารการพยาบาล | **3.5** | **I, L** | | - พัฒนาระบบนิเทศติดตาม  - พัฒนาอัตรากำลังจากการขยายบริการจาก 220 เตียง เป็น 300 เตียงในปี 2563  - พัฒนาระบบการนิเทศแบบ Coaching  - การนำระบบ IT มาใช้ในการจัดเก็บข้อมูลทางการพยาบาล | | | | | |
| 1. ปฏิบัติการทางการพยาบาล | **3.5** | **L** | | - แผนในปี 2563 คือการจัดทีมในการประเมินและปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลวางแผนให้มีการปรับปรุงแนวปฏิบัติพยาบาลทุก 2 ปีพร้อมทั้งจัดระบบการนิเทศการพยาบาลและสรุปผลการนิเทศอย่างต่อเนื่องโดยกำหนดหัวข้อสำคัญในการนิเทศทางการพยาบาลจากข้อมูลความเสี่ยงเพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในภาพรวม  - การนิเทศการใช้กระบวนการพยาบาลรายบุคคลให้ครอบคลุม Clinical Risk และต่อเนื่อง  - มีการประเมินและปรับปรุงบริการพยาบาลอย่างเป็นระบบเพื่อให้ได้บริการพยาบาลที่ปลอดภัยมีคุณภาพสูงเป็นองค์รวมมีหัวใจของความเป็นมนุษย์สอดคล้องกับปัญหาวิถีชีวิตและบริบททางสังคม | | | | | |

**II-2.2 การกำกับดูแลวิชาชีพแพทย์**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:**ประสิทธิภาพประสิทธิผลของการกำกับดูแลวิชาชีพ การศึกษาต่อเนื่อง มาตรฐานและจริยธรรม | | | | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | | | **เป้าหมาย** | | **2558** | **2559** | **2660** | **2561** | **2562** |
| 1. ร้อยละการ Audit เวชระเบียนในส่วนของแพทย์ | | | ≤ 80 % | |  |  |  |  |  |
| - Discharge summary:Diagnosis,Operation | | |  | | N/A | 95.57 | 93.37 | 89.26 | 93.33 |
| - History | | |  | | N/A | 86.67 | 71.48 | 70.00 | 71.10 |
| - Physical examination | | |  | | N/A | 62.22 | 68.52 | 61.85 | 70.00 |
| - Progress note | | |  | | N/A | 77.78 | 70.00 | 71.11 | 74.42 |
| 2. จำนวนข้อร้องเรียนที่ผิดจริยธรรมทางการแพทย์ | | | 0 เรื่อง | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3. จำนวนความคลาดเคลื่อนทางการแพทย์ | | | 0 เรื่อง | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ***ii. บริบท*:**โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ประกอบด้วย แพทย์ จำนวน 3 คน และทันตแพทย์ 1 คน ( แพทย์ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน จิตแพทย์ 1 คน และแพทย์เพิ่มพูนทักษะ 1 คน) โดยมีแพทย์ 2 คน ปฏิบัติหน้าที่ในฐานะผู้อำนวยการ และ รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์  ลักษณะผู้ป่วยสำคัญ:1.ผู้ป่วยสุรา 2. กลุ่มสารกระตุ้นประสาท  กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง:1.ผู้ป่วยสุราที่มีภาวะ Delirium tremens with aspiration pneumonia 2.Drug dependence with drug induced psychosis 3.Drug dependence with TB  **iii. กระบวนการ**  (1)(2) บทบาทหน้าที่และวิธีการทำงานขององค์กรแพทย์   * เนื่องจากโรงพยาบาลมีแพทย์ทำหน้าที่ในการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษาผู้ป่วย จำนวน 2 ท่าน จึงไม่ได้กำหนดรูปแบบขององค์กรอย่างเป็นทางการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยต่อจึงใช้การมอบหมายงานตามประเภทของกลุ่มผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยสุราที่มีภาวะ Derillium หรือมีอาการแทรกซ้อนทางจิตเวช บำบัดโดยจิตแพทย์ กลุ่มที่มีภาวะทางกาย ดูแลโดยแพทย์ทั่วไป เป็นต้น โดยมีการสื่อสารที่ไม่เป็นทางการ เช่น การพูดคุยในประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ปัญหาในการปฏิบัติงาน รวมทั้งการปรึกษาอย่างไม่เป็นทางการ   (5) การทำหน้าที่ขององค์กรแพทย์   * การกำหนดสิทธิการดูแลรักษาผู้ป่วยของแพทย์แต่ละคน:การดูแลบำบัดรักษาผู้ป่วยทุกรายจะอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของแพทย์ โดยแพทย์จะให้การดูแลรักษาตาม CPG หรือตามแนวทางปฏิบัติของ PCT ของหน่วยงาน * การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้:การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์โดยพิจารณาจากบริบทขององค์กร หรือความต้องการของกลุ่มโรคผู้ป่วยเป็นสำคัญ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการมีส่วนร่วมในการประชุมวิชาการภายในโรงพยาบาล หรือสถาบันหลักนอกจากนี้จากการถ่ายทอดความรู้แก่บุคลากรทางการพยาบาล การประชุมในทีมสหวิชาชีพ และ Case conference * การควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของแพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรม แพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำ: โรงพยาบาลไม่มีแพทย์ที่อยู่ระหว่างการฝึกอบรมหรือแพทย์เวรที่ไม่ใช่แพทย์ประจำ * การส่งเสริมการปฏิบัติตามมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ : หน่วยงานได้ตระหนักถึงความสำคัญและเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดในกระบวนการรักษาโดยเน้นการปฏิบัติหน้าที่ตามคำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ที่ผ่านมาโรงพยาบาลไม่พบการร้องเรียนการปฏิบัติงานของแพทย์ * การส่งเสริมการทบทวนและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย : มีการส่งเสริมการทบทวนและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจากการร่วม Round ตึกหรือหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วย, เวที Case conference ,การเรียนการสอนบุคลากรทางด้านการพยาบาล เช่น แนวทางการใช้แบบประเมินต่าง ๆในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เป็นไปในแนวเดียวกัน ,การเข้าร่วมเป็นคณะทำงานในทีมสหวิชาชีพต่างๆ ของโรงพยาบาล เป็นต้น * การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพเวชระเบียน:กำหนดกระบวนการพัฒนาคุณภาพจากการติดตามการสรุปเวชระเบียน เช่น ความสมบูรณ์ของ Progress note, การสรุป Discharde summary ฯลฯ * การส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิกและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม: เนื่องจากผู้ป่วยยาและสารเสพติดส่วนใหญ่มีปัญหาทางพฤติกรรม บางรายมีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวช การดูแลส่วนใหญ่เป็นรูปแบบการให้คำปรึกษา การใช้แบบประเมินหรือกลุ่มบำบัด การใช้เทคโนโลยีส่วนใหญ่จึงเป็นรูปแบบของการตัดสินใจ ในการเลือกใช้แบบประเมินที่มีความแม่นยำและมีประสิทธิภาพในการเข้าถึงเพื่อประเมินผู้ป่วย เช่น การใช้แบบประเมิน CIWA ในผู้ป่วยสุรา เพื่อประเมินภาวะ Derillium เป็นต้น * การกำหนดหรือรับรองนโยบายที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย: มาตรฐานการให้บริการส่วนใหญ่ไม่มีรูปแบบชัดเจน และเป็นทางการ เน้นให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรับผิดชอบแห่งวิชาชีพ ตามมาตรฐานและจริยธรรมโดยปฏิบัติหน้าที่ตามภาระงานประจำที่ได้รับมอบหมาย การรายงานของพยาบาลตามแผนการรักษาและความเร่งด่วน เป็นต้น   (6) การปฏิบัติตามข้อตกลงและแนวปฏิบัติ:   * ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรับผิดชอบแห่งวิชาชีพ ตามมาตรฐานและจริยธรรม และการปฏิบัติตามนโยบายและแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยตามข้อตกลงของทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย   (7) การประสานความร่วมมือกับคณะกรรมการต่างๆ:   * โรงพยาบาลมีเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเน้นการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ เช่นแพทย์มีหน้าที่ความรับผิดชอบในการเป็นประธานคณะกรรมการ PCT เพื่อดูแลและกำกับให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามเป้าหมาย และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโดยการกำหนดนโยบายหรือแนวทางปฏิบัติ   **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   * การเป็นหน่วยงานนิเทศและตรวจเยี่ยมราชการในเขต 11 และ12 * การพัฒนาองค์ความรู้การใช้แบบประเมิน CIWA ในผู้ป่วยสุรา เพื่อประเมินภาวะDelirium   ***v. แผนการพัฒนา*** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | | |
| 1. องค์กรแพทย์ | **3.0** | **I** | | -จัดตั้งองค์กรแพทย์อย่างเป็นทางการ  - การเป็นผู้นำในด้านคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย | | | | | |

**II-3 สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:**ความพร้อมใช้ ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม ความเอื้อต่อสุขภาพและการเรียนรู้ | | | | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | | | **เป้าหมาย** | | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** |
| **ความปลอดภัยและสวัสดิการ** | | |  | |  |  |  |  |  |
| 1. จำนวนครั้งการตรวจสอบโครงสร้างอาคารตามมาตรฐานระบบวิศวกรรมความปลอดภัย | | | 1 ครั้ง/ปี | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 2. จำนวนครั้งในการค้นหาความเสี่ยง (ENV Round) | | | 6 ครั้ง / ปี | | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |
| **วัสดุและของเสียอันตราย** | | |  | |  |  |  |  |  |
| 3. อัตราการคัดแยกขยะติดเชื้อถูกต้อง | | | 90 % | | 80.10 | 80.98 | 87.09 | 95.16 | 96.65 |
| 4. อัตราการคัดแยกขยะอันตรายถูกประเภท | | | 90 % | | 80.00 | 82.02 | 86.35 | 89.00 | 90.30 |
| **การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน** | | |  | |  |  |  |  |  |
| 5. จำนวนครั้งอุบัติการณ์เครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรอง ไม่ทำงานในกรณีที่ไฟฟ้าดับ | | | 0 ครั้ง | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 6. จำนวนครั้งระบบน้ำประปาที่ไม่เพียงพอต่อการใช้งาน | | | 0 ครั้ง | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **ความปลอดภัยจากอัคคีภัย** | | |  | |  |  |  |  |  |
| 7. จำนวนครั้งการฝึกซ้อมแผนอพยพอัคคีภัย | | | 1 ครั้ง / ปี | | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 8. ร้อยละเจ้าหน้าที่เข้าร่วมฝึกอบรมการดับเพลิงขั้นต้นและการฝึกซ้อมอพยพหนีไฟ | | | 100 % | | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 9. ร้อยละความพร้อมใช้ถังดับเพลิง | | | 100 % | | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| **เครื่องมือและระบบสาธารณูปโภค** | | |  | |  |  |  |  |  |
| 10. จำนวนครั้งเครื่องมือที่ได้รับการสอบเทียบและผ่านเกณฑ์ | | | 1 ครั้ง /ปี | | - | - | 1 | - | อยู่ระหว่างดำเนินการ |
| 11. จำนวนครั้งของการตรวจสอบระบบลิฟต์พร้อมใช้งาน | | | 12 ครั้ง /ปี | | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |
| 12. จำนวนครั้งของการทำความสะอาดเครื่องปรับอากาศ | | | 1 ครั้ง / ปี | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| **การสร้างเสริมสุขภาพและการพิทักษ์สิ่งแวดล้อม** | | |  | |  |  |  |  |  |
| 13. ร้อยละหน่วยงานในโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน 5 ส. | | | 90 % | | 80 | 83 | 85 | 90 | 93 |
| 14.ผลการตรวจค่าน้ำเสียผ่านเกณฑ์มาตรฐาน | | | ผ่านเกณฑ์ | | ผ่านเกณฑ์ | ผ่านเกณฑ์ | ผ่านเกณฑ์ | ผ่านเกณฑ์ | N/A |
| 15. โรงพยาบาลพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital | | | พื้นฐาน | | - | - | - | ดี | ดี |
| **ii. บริบท**  ลักษณะสิ่งก่อสร้าง:  โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ที่อยู่ 186 หมู่ที่ 8 ต.เกาะแต้ว อ.เมือง จังหวัดสงขลา มีเนื้อที่ทั้งหมด 207 ไร่ 1 งาน 50 ตารางวาเป็นโรงพยาบาลขนาด 220 เตียง โครงสร้างอาคารสถานที่ขององค์กรเป็นไปตามกฎหมาย ข้อบังคับ และข้อกำหนดในการตรวจสอบอาคาร มีอาคารสูงที่ใช้ในการบริการผู้ป่วย อาคารสนับสนุนบริการ โดยแบ่งประเภทอาคาร ดังนี้   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **อาคาร** | **ปีที่ปลูกสร้าง** | **พื้นที่ใช้สอย** | **บริการ** | | สำนักงานแพทย์เขต และอาคารวิชาการแพทย์ | 2535 | 865 ตารางเมตร | อาคารสำนักงาน | | ตึกบานบุรี 1,2 และ 4 | 2535 | 258 ตารางเมตร | เรือนนอนผู้ป่วยและทำกิจกรรมกลุ่ม | | ตึกบานบุรี 3 | 2535 | 428.48 ตารางเมตร | ห้องสำนักงานเจ้าหน้าที่ | | อาคารวิชาการพยาบาล | 2535 | 306 ตารางเมตร อาคาร 2 ชั้น | ให้บริการสนับสนุนวิชาการพยาบาลฯ | | อาคารโภชนาการ | 2535 | 324.4 ตารางเมตร | เพื่อประกอบอาหาร โรงอาหาร | | อาคารซักฟอก ยานพาหนะ | 2535 | 249.69 ตารางเมตร | สำนักงานซักฟอก | | อาคารเรือนตึกบานบุรี 1 | 2535 | 258 ตารางเมตร | เรือนนอนผู้ป่วยและทำกิจกรรม | | อาคารเรือนตึกบานบุรี 2 | 2535 | 258 ตารางเมตร | เรือนนอนผู้ป่วยและทำกิจกรรม | | อาคารเรือนนอนตึกบานบุรี 3 | 2535 | 428.48 ตารางเมตร | สำนักงาน กิจกรรมผู้ป่วย | | อาคารเรือนนอนตึกบานบุรี 4 | 2535 | 258 ตารางเมตร | เรือนนอนผู้ป่วย ทำกิจกรรม | | บ้านพักระดับ 7-9  3 คูหา 2 ชั้น | 2535 | 75 ตารางเมตร | เป็นที่พักอาศัยของเจ้าหน้าที่ | | บ้านพักระดับ 3 – 4 | 2535 | 90 ตารางเมตร | เป็นที่พักอาศัยของเจ้าหน้าที่ | | บ้านพักระดับ 1-2 | 2535 | 200 ตารางเมตร | เป็นที่พักอาศัยของเจ้าหน้าที่ | | อาคารอาชีวบำบัด(เก่า) | 2535 | 202.12 ตารางเมตร | ฝึกอาชีพผู้ป่วย | | ตึกพวงชมพู | 2554 | 1,680 ตารางเมตร อาคาร 2 ชั้น | อาคารเรือนนอนและฟื้นฟูผู้ป่วยหญิง | | อาคารซ่อมบำรุง | 2541 | 267 ตารางเมตร | ปฏิบัติงานซ่อมต่าง ๆ | | อาคารผู้ป่วย 60 เตียง  (ตึกลีลาวดี,ตึกพุทธชาด) | 2557 | 1680 ตารางเมตร อาคาร 2 ชั้น | ให้บริการผู้ป่วยใน | | โรงอาหารผู้ป่วยชาย  (ตึกลีลาวดี) | 2557 | 192 ตารางเมตร | ให้บริการอาหารผู้ป่วยและญาติเยี่ยม | | อาคารละหมาด | 2557 | 76.13 ตารางเมตร | กิจกรรมทางศาสนา | | อาคารยิมเนเซี่ยม | 2557 | 405 ตารางเมตร | สถานที่ออกกำลังกาย | | อาคารอาชีวบำบัด(ใหม่) | 2557 | 303 ตารางเมตร | ฝึกอาชีพผู้ป่วย | | เรือนนอนผู้ป่วยชายตึกบานบุรี | 2559 | 192 ตารางเมตร | โรงอาหารผู้ป่วยชาย | | อาคารอำนวยการ | 2559 | 4464 ตารางเมตร | สำนักงานบริหารและห้องประชุม | | โรงอาหารผู้ป่วยชาย (ชุมชน) | 2559 | 192 ตารางเมตร | โรงอาหารผู้ป่วยชาย | | อาคารอำนวยการ | 2559 | 4464 ตารางเมตร | สำนักงานบริหารและห้องประชุม | | โรงอาหารผู้ป่วยชาย (ชุมชน) | 2559 | 192 ตารางเมตร | โรงอาหารผู้ป่วยชาย | | เรือนนอนและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยชาย | 2560 | 4498 ตารางเมตร | เรือนนอนและฝึกอาชีพผู้ป่วยชาย | | อาคารผู้ป่วยนอก (ใหม่) | 2560 | 1,060 ตารางเมตร อาคาร 2 ชั้น | ให้บริการผู้ป่วยนอกเข้ารับการบำบัดรักษา | | อาคารพักพยาบาล 32 หน่วย | 2560 | 3006 ตารางเมตร | เจ้าหน้าที่พักอาศัย | | อาคารเรือนนอนและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยชาย | 2560 | 4498 ตารางเมตร | เรือนนอนและฝึกอาชีพผู้ป่วยชาย |   เครื่องมือและเทคโนโลยีสำคัญ:เครื่องมือทางการแพทย์ในโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ที่สำคัญจำเป็น มีดังนี้   |  |  | | --- | --- | | **รายการเครื่องมือที่สำคัญจำเป็น** | **จำนวนเครื่อง** | | เครื่องวัดความดันแบบอัตโนมัติ (Auto Blood Pressure) | 5 | | เครื่องปั่นปัสสาวะ | 1 | | เทอร์โมมิเตอร์วัดอุณหภูมิตู้เย็น | 1 | | เครื่องเทอร์โมมิเตอร์วัดอุณหภูมิห้อง | 1 | | เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดบีบมือ | 2 | | เทอร์โมมิเตอร์ชนิดวัดหน้าผาก | 2 | | เครื่องชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูง | 4 | | เครื่องวัดความดันแบบดิจิตอล | 4 | | เทอร์โมมิเตอร์วัดอุณหภูมิตู้เย็น | 1 | | เครื่องชั่งสารเคมี Sartorius | 1 | | เทอร์โมมิเตอร์วัดอุณหภูมิเวชภัณฑ์ยา | 1 |   **iii. กระบวนการ**  II-3.1 ก. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพ  (1) ผลการตรวจสอบและการปรับปรุงโครงสร้างอาคารสถานที่ให้เป็นไปตามกฎหมาย เอื้อต่อความปลอดภัย/ประสิทธิภาพ   * อาคารและสิ่งก่อสร้างใช้แบบแปลนจากกองแบบแผน กระทรวงสาธารณสุข * มีการตรวจสอบโครงสร้างอาคารสถานที่ ตรวจสอบอาคารสถานที่โดยกรมโยธาธิการและผังเมืองได้ตรวจสอบอาคารด้านความมั่นคงแข็งแรงและความปลอดภัยจากอัคคีภัยของอาคารภาครัฐ ช่วงระหว่างวันที่ 22 – 26 สิงหาคม 2559 โดยมีการตรวจสอบ จำนวน 17 อาคาร ผลการตรวจสอบส่วนของโครงสร้างอาคารมีความมั่นคงแข็งแรงได้มาตรฐาน ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ต้องมีการปรับปรุงระบบแจ้งเหตุอัคคีภัย และวางแผนการตรวจสอบอาคารสถานที่ด้วยตนเอง เป็นประจำทุก 6 เดือน * โรงพยาบาลฯได้มอบหมายให้ผู้รับผิดชอบดูแลด้านอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมโดยมอบหมายฝ่ายบริหารทั่วไปและคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมเป็นผู้รับผิดชอบดูแลด้านสิ่งแวดล้อม * มีการเดิน ENV Round 6 ครั้ง /ปี ในการค้นหาความเสี่ยง และตรวจสภาพโครงสร้างอาคารสถานที่ต่างๆ พร้อมทั้งรายงานการเสนอขอปรับปรุงตามความเร่งด่วนตามความเหมาะสม * ปี 2560 มีการปรับปรุงห้องน้ำผู้พิการ ซึ่งให้บริการในอาคารผู้ป่วยนอก ตามเกณฑ์มาตรฐาน Green & Clean Hospital เพื่อความสะดวกในการใช้งานมากขึ้น สำหรับผู้ป่วยและญาติ   (2) การกำกับดูแล ติดตาม และปรับปรุงระบบบริหารอาคารสถานที่และการรักษาความปลอดภัย   * มีการสำรวจโครงสร้างอาคารที่มีอายุมากกว่า 15 ปี และการแก้ไขอาคารตามแผนบำรุงรักษา ให้มีความปลอดภัยในการทำงาน * มีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยปฏิบัติงาน ตลอด 24 ชั่วโมงโดยกำหนดจุดรักษาความปลอดภัยตามบริเวณต่างๆภายในบริเวณโรงพยาบาล เพื่อสอดส่องความปลอดภัยและป้องกันผู้ป่วยหลบหนี * จัดอบรมเจ้าหน้าที่ด้านการประหยัดพลังงาน 1 ครั้ง /ปี * มีการกั้นลวดหนามหีบเพลง บริเวณกำแพงโรงพยาบาลฯเพื่อป้องกันผู้ป่วยหลบหนี   (3) การตรวจสอบความเสี่ยง/การปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัย (ความถี่ สิ่งที่พบ การปรับปรุง)   * ตรวจสอบโครงสร้างอาคารสถานที่ในโรงพยาบาล และรายงานขอปรับปรุงแก้ไข ในปีงบประมาณ 2561 ได้รับการแก้ไขปรับปรุง เรื่องการซ่อมประตูห้องน้ำอาคารผู้ป่วย ซ่อมเหล็กดัดตึกผู้ป่วย ซ่อมหลังคาและฝ้าเพดานตึกผู้ป่วยและอาคารสำนักงาน * ขุดหลอกคูระบายน้ำเพื่อป้องกันน้ำท่วมขังภายในโรงพยาบาลฯ * ตีเส้นแนวจราจรบริเวณทางเข้าโรงพยาบาลฯและบริเวณด้านหน้าอาคารอำนวยการ * ปรับปรุงทางเชื่อมระหว่างอาคาร * การทำฝาครอบคูระบายน้ำภายในบริเวณโรงพยาบาลฯ * ตัดแต่งต้นไม้ที่เป็นสิ่งกีดขวางสายไฟฟ้า บริเวณ 2 ข้างถนนภายในโรงพยาบาลฯ และตัดต้นไม้บริเวณแนวริมกำแพงโรงพยาบาลฯ เพื่อป้องกันกำแพงพุพัง   (4) ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่สำคัญและการป้องกัน   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ความเสี่ยง** | **การปรับปรุงแก้ไข** | **แผนการปรับปรุงแก้ไขในอนาคต** | | 1. การก่อสร้างอาคารใหม่  ซึ่งอาจเกิดความไม่ปลอดภัยจากบุคคลภายนอก/คนงานก่อสร้าง | มีการแบ่งพื้นที่เขตก่อสร้างอย่างชัดเจน | งานบริหาร/ผู้ตรวจรับงาน ต้องกำหนดมาตรการควบคุมความปลอดภัย และกำหนดเขตพื้นที่ก่อสร้างอย่างชัดเจน | | 2. ปัญหาเรื่องสัตว์ไม่พึงประสงค์ชนิดต่างๆ ที่อยู่อาศัยในโรงพยาบาล เช่น แมว สุนัข เป็นต้น | - ออกกฎห้ามเจ้าหน้าที่ และผู้ป่วยให้อาหารสัตว์ในโรงพยาบาล  - ประสานงานเทศบาลขอรับการฉีดวัคซีนสัตว์เลี้ยงภายในโรงพยาบาล | - ประสานงานเทศบาลเรื่องการนำสุนัข และแมวไปเลี้ยง  - ไม่มีสัตว์เลี้ยงภายในโรงพยาบาล | | 3. รวบรวมการประเมินและค้นหาความเสี่ยงเชิงรุก พร้อมปรับปรุงให้สิ่งแวดล้อมมีความปลอดภัยต่อผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ | ทีม ENV มีการทบทวนความเสี่ยงที่เกิดขึ้น เพื่อพัฒนาระบบและวางระบบความปลอดภัยให้รัดกุมมากขึ้น มีการตรวจประเมิน 1 ครั้ง / ปี | ทีม ENVจัดทำแผนการเผ้าเฝ้าระวังความเสี่ยงทางด้านสิ่งแวดล้อม | | 4. ทบทวนระบบบำรุงรักษาเครื่องมือ/อุปกรณ์ดับเพลิงที่เพียงพอ พร้อมใช้ และกำหนดแผนปฏิบัติเมื่อเกิดอัคคีภัยในเวลา/นอกเวลาราชการ | -ตรวจเช็คเครื่องมือ/อุปกรณ์ดับเพลิงให้พร้อมใช้  -มีแผนป้องกันและระงับอัคคีภัยระดับหน่วยงานและระดับโรงพยาบาล  - ซ้อมแผนอบรมการดับเพลิงขั้นต้นและฝึกซ้อมอพยพหนีไฟเป็นประจำทุกปี | ปรับปรุงแผนป้องกันและระงับอัคคีภัยในโรงพยาบาล ประกอบด้วยการตรวจตรา การอบรม การรณรงค์ป้องกันอัคคีภัยการดับเพลิง การอพยพหนีไฟ และการบรรเทาทุกข์ เป็นต้น ของทุกปี | | 5. การเตรียมความพร้อมใช้เครื่องมือแพทย์ ในกรณีฉุกเฉินและกำหนดระบบติดตามการปฏิบัติตามระบบที่วางไว้อย่างต่อเนื่อง | กำหนดแผนการสอบเทียบเครื่องมือทางการแพทย์ทุกปี | สำรวจความพร้อมใช้และความเพียงพอของเครื่องมือแพทย์ เขียนแผนจัดหามาไว้เพื่อใช้ในกรณีฉุกเฉิน | | 6. ปรับปรุงระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาล | ในปี 2562 ได้จ้างบริษัทเอกชนรับเหมาปรับปรุง แก้ไข ระบบบำบัดน้ำเสียเพื่อตอบสนองการใช้งานอย่างมีประสิทธิภาพ | มีแผนสำรวจระบบท่อน้ำเสียจากบริเวณตึกที่สร้างใหม่ ให้ไหลเข้ากับระบบน้ำเสียหลักของโรงพยาบาล |   (5) การให้ความรู้และฝึกอบรมด้านสิ่งแวดล้อม   |  |  |  | | --- | --- | --- | | วันที่ | เนื้อหา | ผู้เข้าร่วม | | 1 สิงหาคม 2561 | กิจกรรม 5 ส. | เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล | | 1 ตุลาคม 2561 | โครงการ Bye Bye Plastic Bag | เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล | | 17 ตุลาคม 2561 | โครงการ เพาะรักไม่เพาะยุง (BIG CLEANING WEEK) | เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล | | 21 -22 มีนาคม 2562 | อบรมอาชีวอนามัยและความปลอดภัย | เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล | | 25 เมษายน 2562 | โครงการประหยัดพลังงาน | เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล | | 23 พฤษภาคม 2562 | โครงการพัฒนาการจัดการขยะในโรงพยาบาล | เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล | | 25 มิถุนายน 2562 | กิจกรรมรักษ์สิ่งแวดล้อม “ถือปิ่นโต Say No Plastic” | เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล | | 29 – 30 สิงหาคม 2562 | อบรมป้องกันอัคคีภัยและการใช้อุปกรณ์ดับเพลิง | เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล |   II-3.1 ข. วัสดุและของเสียอันตราย   1. วัสดุและของเสียอันตรายที่สำคัญ มาตรการป้องกัน การจัดการเมื่อเกิดอุบัติการณ์   - จัดทำคู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอย และของเสียอันตราย เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถ คัดแยกขยะ การเก็บรวบรวม การเคลื่อนย้าย และการกำจัดมูลฝอยของโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้อง  - จัดทำเอกสารข้อมูลความปลอดภัยสารเคมี ให้หน่วยงานต่างๆที่มีการใช้สารเคมีปฏิบัติอย่างถูกต้อง  - สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องในหน่วยงานได้รับการอบรมวิธีการปฏิบัติงานตามมาตรการการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อโรค  - สนับสนุนให้พนักงานเก็บขนมูลฝอยปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายและเป็นไปตามมาตรฐานการเก็บขนมูลฝอย เช่น การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล  - คณะกรรมการ ENV และIC ติดตามการจัดการมูลฝอยและของเสียอันตรายในโรงพยาบาล ให้เป็นตามมาตรฐานที่กำหนด รับผิดชอบในการติดตามประเมินผลการปฏิบัติของบุคลากร  II-3.1 ค. การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน  (1) ภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติที่มีโอกาสประสบ ผลกระทบและความต้องการบริการที่เพิ่มขึ้น การนำแผนไปปฏิบัติ  - การเกิดอัคคีภัย จากบริเวณด้านหลังโรงพยาบาล สาเหตุเนื่องจากมีการเผาหญ้า จากชุมชนด้านนอกทำให้เกิดประกายไฟลุกลามเข้ามาภายในโรงพยาบาลทีม ENV ได้มีการจัดการทำแผนและแนวทางการป้องกันการเกิดอัคคีภัยจากด้านนอกโรงพยาบาล  - สถานการณ์น้ำท่วมขังในช่วงฤดูฝน คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและฝ่ายบริหารทั่วไปได้มีการประสานงานกับสำนักงานเทศบาลเกาะแต้ว ขุดลอกคูระบายน้ำ เพื่อป้องกันการอุดตัน  (2) การจัดทำแผนรองรับภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ และการนำแผนไปปฏิบัติ   * จัดทำแนวทางปฏิบัติการรองรับกับสถานการณ์ภาวะฉุกเฉินที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น สถานการณ์น้ำท่วมขัง การเกิดอัคคีภัย   (3) การฝึกซ้อมแผน   * ฝึกซ้อมแผนอัคคีภัย ประจำปี 2562 ร่วมกับเทศบาลสงขลา วันที่ 29 – 30 สิงหาคม 2562 พบข้อปรับปรุง คือ ปรับปรุงสัญญาณเตือนอัคคีภัย ถังดับเพลิงตามจุดต่างๆให้พร้อมใช้งาน   II-3.1 ง. ความปลอดภัยจากอัคคีภัย  (1) แผนป้องกันและควบคุมอัคคีภัย   * มีโครงการฝึกซ้อมแผนป้องกันและระงับอัคคีภัย โดยเชิญวิทยากรจากหน่วยงานภายนอกซึ่งเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถเป็นอย่างดี เรื่องการดับเพลิงเบื้องต้น การฝึกซ้อมการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย โดยจัดการอบรมปีละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 9 ชั่วโมง เพื่อให้บุคลากรสามารถใช้อุปกรณ์ดับเพลิงได้ รู้จักวิธีป้องกันการเกิดอัคคีภัย และรู้หน้าที่เมื่อเกิดเพลิงไหม้ มีการจัดอบรมครั้งล่าสุดเมื่อวันที่ 29 – 30 สิงหาคม 2562 มีผู้ให้ความสนใจเข้าร่วมอบรม 100 % * มีคู่มือป้องกันอัคคีภัย กำหนดแผนอัคคีภัย (นอกเวลา ในเวลา) วิเคราะห์จุดเสี่ยงในหน่วยงาน ได้แก่ พื้นที่ที่มีแก๊สหุงต้ม น้ำมันสำรอง เช่น โรงครัว ห้องเครื่องกำเนิดไฟฟ้า ถังออกซิเจน ห้อง Server ห้องคลังยา ตึกผู้ป่วย (ไฟฟ้าซ็อต)   (2)การสร้างความตระหนัก การซ้อมแผนและปรับปรุง การประเมินผลระบบ   * มีการซ้อมแผนอัคคีภัยของหน่วยงาน ซ้อมการอพยพหนีไฟสถานการณ์เสมือนจริง และสรุปแผนหลังการซ้อมอพยพอัคคีภัยเพื่อหาข้อผิดพลาด และนำมาปรับปรุงแก้ไขครั้งต่อไป   (3) การตรวจสอบ ทดสอบ บำรุงรักษาระบบและเครื่องมือในการป้องกันและควบคุมอัคคีภัย   * มีการตรวจสอบอุปกรณ์ดับเพลิงโดยช่างซ่อมบำรุงเป็นประจำทุกเดือน และมีการตรวจสอบอุปกรณ์แจ้งเตือนเหตุฉุกเฉินเป็นประจำทุก 6 เดือน  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **สิ่งที่ต้องทำการตรวจสอบ** | **ผลการตรวจสอบ** | **ระยะเวลาตรวจสอบ** | **หมายเหตุ** | | 1.ถังดับเพลิง | ผ่านเกณฑ์มาตรฐานทุกจุด | ทุกเดือน | -ตรวจสอบแรงดัน โดยดูมาตรในเข็มวัด ต้องชี้ในช่วงสีเขียว  -ตรวจเช็คสายฉีด ไม่พับ ไม่หัก  -ตรวจสอบสารเคมีในถังไม่ให้จับตัวกันเป็นก้อน  -ลงชื่อกำกับตามรอบการตรวจ | | 2.สัญญาณเตือนเพลิงไหม้ | พร้อมใช้ | 6 เดือน / ครั้ง | - ตรวจเช็คทุก 6 เดือน | | 3. เครื่องตรวจจับควัน | พร้อมใช้ | 6 เดือน / ครั้ง |  | | 4. ระบบสายส่งน้ำดับเพลิงและหัวฉีดน้ำดับเพลิง | พร้อมใช้ | 6 เดือน / ครั้ง |  | | 5.ป้ายทางหนีไฟ | ติดตั้งทุกอาคาร | 6 เดือน / ครั้ง | - ตรวจสอบความชำรุด | | 6.ไฟฉุกเฉิน | พร้อมใช้ | 6 เดือน / ครั้ง |  |   II-3.2 ก. เครื่องมือ  (1) ผลการประเมินความเพียงพอและแผนการจัดหา   * จัดทำแผนการจัดซื้อเครื่องมือแพทย์ให้เพียงพอ AED จำนวน 2 เครื่อง (ตึกลีลาวดี ตึกพวงชมพู) Defibrillator จำนวน 1 เครื่อง (ER) ออกซิเจน saturationมี 2 ตัว (ตึกลีลาวดี ตึกพุทธชาด) เนื่องจากโรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทาง ดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ไม่มีเหตุการณ์เกิดบ่อยซึ่งหากเกิดเหตุฉุกเฉินสามารถการยืมเครื่องมือได้   (2) การบริหารจัดการเพื่อให้มีเครื่องมือที่จำเป็นพร้อมใช้   * การบำรุงรักษาเครื่องมือแพทย์   1. การบำรุงรักษาโดยช่างภายนอกที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ และมีการสอบเทียบเครื่องมือทุกปี 1 ครั้ง/ ปี  (3) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระบบบริหารเครื่องมือ   * เครื่องมือแพทย์ส่งสอบเทียบที่สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 12 จังหวัดสงขลา เมื่อปี 2559 ผลการตรวจสอบพบว่าผ่านเกณฑ์มาตรฐานและในปี 2562 อยู่ระหว่างดำเนินการส่งเครื่องมือสอบเทียบ   II-3.2 ข. ระบบสาธารณูปโภค  (1) แผนบริหารระบบสาธารณูปโภค   * โรงพยาบาลมีการใช้ระบบประปาส่วนภูมิภาค โดยมีถังสำรองน้ำของโรงของพยาบาล จำนวน 2 ถัง ได้แก่ ถังสำรองด้านบนมีขนาด 4500 ลบ.ม. และถังสำรองด้านล่างมีขนาด10000ลบ.ม.น้ำประปาสามารถรองรับการใช้น้ำได้2วัน ส่วนน้ำประปาที่ผ่านเครื่องกรองน้ำ เพื่อใช้ในการบริโภค มีการส่งตรวจคุณภาพน้ำใช้ ทุก 3 เดือน   (2) ระบบไฟฟ้าสำรองและระบบสำรองสำหรับแก๊สที่ใช้ทางการแพทย์   * ความครอบคลุม ระยะเวลาที่สำรองได้ สมรรถนะของระบบไฟฟ้าสำรอง:   - ในระบบเครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรอง จะสามารถทำงานหลังไฟฟ้าดับ ไม่เกิน 10 วินาที  - ความครอบคลุม และระยะเวลาที่เครื่องกำเนิดไฟฟ้าสำรองใช้งานได้ เมื่อไฟฟ้าดับ จะมีเครื่องปั่นไฟสำรอง สามารถปั่นไฟได้ไม่น้อยกว่า 24 ชั่วโมง   * การบำรุงรักษา ทดสอบ และตรวจสอบระบบไฟฟ้าสำรอง: มีแผนการตรวจสอบโดยช่างซ่อมบำรุงเป็นประจำทุกสัปดาห์   (3) การติดตามข้อมูลระบบสาธารณูปโภค เพื่อวางแผนปรับปรุงหรือสร้างทดแทน   * ระบบน้ำประปา : มีการจดบันทึกมิเตอร์น้ำประจำเดือน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลการใช้น้ำรายเดือนว่ามีการรั่วหรือมีท่อแตกหรือไม่ ส่งตรวจน้ำประปาที่ผ่านเครื่องกรองน้ำเพื่อนำมาบริโภค ทุก 3 เดือน/ครั้ง * ระบบไฟฟ้า : มีการจดมิเตอร์ไฟฟ้าประจำเดือน กรณีฉุกเฉิน มีเครื่องกำเนิดไฟฟ้า และเครื่อง ATS ทำงานสามารถติดต่อการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคได้ตลอด 24 ชั่วโมง   II-3.3 ก. สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ  (1) สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี   * ที่นั่งพักผ่อนของผู้ป่วยหรือญาติที่มารับบริการที่โรงพยาบาล บริเวณด้านหน้าอาคารผู้ป่วย * สวนหย่อมหน้าอาคารผู้ป่วยนอก เป็นพื้นที่สีเขียวบริเวณด้านหน้ามีสระน้ำ เพื่อช่วยผ่อนคลายด้านจิตใจ * เครื่องออกกำลังกายสำหรับบุคลากรโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมสุขภาวะที่ดีด้านร่างกายและจิตใจ ลดความเครียดในการทำงาน   (2) สิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้   * จัดบอร์ดให้ความรู้ เช่น เรื่อง Green & clean Hospital ,กิจกรรม 5 ส. ,การคัดแยกขยะ และการรณรงค์ลดใช้ถุงพลาสติกและโฟมในโรงพยาบาล ,ติดสติ๊กเกอร์รณรงค์ด้านการประหยัดพลังงานตามจุดเครื่องใช้ไฟฟ้าต่างๆ   (3)(4) การเข้าถึงอาหาร/ผลิตภัณฑ์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพการใช้วัสดุครุภัณฑ์ที่ไม่มีอันตรายต่อสุขภาพ   * ประกาศนโยบาย Green & clean Hospital เพื่อสนับสนุนการเป็นแบบอย่างในการรักษ์สิ่งแวดล้อม เช่น ใช้ถุงผ้าแทนการใช้ถุงพลาสติก ใช้ปิ่นโตกล่องข้าว ปลูกผักปลอดสารพิษเพื่อจำหน่ายแก่ญาติผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และบริเวณชุมชนใกล้เคียง   II-3.3 ข. การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม  (1) ระบบบำบัดน้ำเสีย:   * เป็นระบบน้ำเสียโรงพยาบาลเป็นระบบคลองวนเวียน ขนาด 220 เตียง สำหรับอัตราการครองเตียง ร้อยละ 68 เป็นระบบบำบัดน้ำเสียชนิดคลองวนเวียน (Oxidation Ditches) ขนาด 500 ลูกบาศก์เมตร/ วัน ระบบทำงาน 24 ชั่วโมง ทำการตรวจวัดค่า อุณหภูมิ ,ความเป็นกรดด่าง ,SV30 ,คลอรีน ,DO ทุกวัน และมีการส่งตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำทิ้ง 4 ครั้ง/ปี ผลการตรวจทั้งหมด 11 พารามิเตอร์ (มีการปรับปรุงระบบบำบัดน้ำเสียเมื่อเดือนมิถุนายน 2562) เนื่องจากระบบบำบัดน้ำเสียไม่ได้รับการปรับปรุงเป็นเวลานาน จึงจ้างบริษัทรับเหมาภายนอกมา ล้างบ่อ เพื่อเดินระบบใหม่   (2) การลดปริมาณของเสีย:  - มูลฝอยย่อยสลายได้ เช่น เศษผัก เศษอาหาร เศษผลไม้ ใบไม้แห้ง วัชพืช ต่าง ๆ ส่วนใหญ่พบได้ในโรงครัว และโรงอาหาร จะเก็บแยกไว้ สำหรับนำไปทำน้ำหมักชีวภาพ เพื่อใช้ประโยชน์ในโรงพยาบาล ทั้งยังช่วยลด การใช้ผลิตภัณฑ์จำพวกสารเคมี ไม่เป็นพิษต่อสิ่งแวดล้อมและผู้ปฏิบัติงาน  - มูลฝอยนำกลับมาใช้ใหม่ จะใช้หลักการ 3 R ในการคัดแยกภายในแต่ละหน่วยงาน และเพิ่มมูลค่าด้วยการขายให้แก่ร้านรับซื้อของเก่า โดยแต่ละหน่วยงานจะเก็บรวบรวมมูลฝอยของแต่ละหน่วยงานไว้ เพื่อเตรียมจำหน่าย คณะกรรมการ GREEN & CLEAN Hospital เป็นผู้ประสานร้านรับซื้อของเก่า 1 ครั้ง / เดือน  (3) การกำจัดขยะ:   * มีการคัดแยกขยะ ณ แหล่งกำเนิดตามประเภท ดังนี้   - มูลฝอยอื่น ๆ มูลฝอยที่ไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ จะเก็บรวบรวมในช่วงเย็นของทุกวัน โดยนำไปรวบรวมไว้ในโรงพักมูลฝอยทั่วไป และเทศบาลตำบลเกาะแต้ว เข้ามารับไปกำจัด 2 ครั้ง / สัปดาห์(ทุกวันอังคาร และวันพฤหัสบดี)  - มูลฝอยย่อยสลายได้ เช่น เศษผัก เศษอาหาร เศษผลไม้ ใบไม้แห้ง วัชพืชต่าง ๆ ส่วนใหญ่พบได้ในโรงครัว และโรงอาหาร จะเก็บแยกไว้ สำหรับนำไปทำน้ำหมักชีวภาพ เพื่อใช้ประโยชน์ในโรงพยาบาล ทั้งยังช่วยลดการใช้ผลิตภัณฑ์จำพวกสารเคมี ไม่เป็นพิษต่อสิ่งแวดล้อมและผู้ปฏิบัติงาน  - มูลฝอยนำกลับมาใช้ใหม่ จะใช้หลักการ 3 R ในการคัดแยกภายในแต่ละหน่วยงาน และเพิ่มมูลค่าด้วยการขายให้แก่ร้านรับซื้อของเก่า โดยแต่ละหน่วยงานจะเก็บรวบรวมมูลฝอยของแต่ละหน่วยงานไว้เพื่อเตรียมจำหน่าย คณะกรรมการ GREEN & CLEAN Hospital เป็นผู้ประสานร้านรับซื้อของเก่า 1 ครั้ง / เดือน  - มูลฝอยที่มีพิษหรืออันตราย จะมีการคัดแยกมูลฝอยอันตราย ณ แหล่งกำเนิดรวบรวมมูลฝอยเพื่อรอการกำจัด ณ.ที่รวมมูลฝอยอันตราย ส่ง เทศบาลเกาะแต้วเพื่อนำไปกำจัด 1 ครั้ง/ปี  - มูลฝอยติดเชื้อ มีการคัดแยกตามประเภทของมูลฝอยติดเชื้อ เช่น มูลฝอยติดเชื้อประเภทของมีคม และประเภทไม่มีคม จากนั้นนำใส่ภาชนะตามประเภทของมูลฝอยติดเชื้อ โดยโรงพยาบาลสงขลาจะมารับ ไปกำจัด 1ครั้ง/สัปดาห์  (4) การร่วมมือกับชุมชนในการปรับปรุงและปกป้องสิ่งแวดล้อม:   * การส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดนวัตกรรม หรือต้นแบบด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ให้เกิดแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสร้างเครือข่ายพัฒนากิจกรรม GREEN ลงสู่ชุมชน   **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   * โครงการ GREEN & CLEAN Hospital ปี 2562 อยู่ในระดับดี เพื่อเป็นสถานบริการสาธารณสุขที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม มีสภาพสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ถูกสุขลักษณะและปลอดภัย   **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | | |
| 1. ความปลอดภัยและสวัสดิภาพของโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การจัดการกับวัสดุและของเสียอันตราย | 2.5 | A | | - ตรวจสอบอาคารสถานที่ด้วยตนเอง เป็นประจำทุก 6 เดือน  - ตรวจสอบอาคารสถานที่โดยการขอความอนุเคราะห์จากกรมโยธาธิการและผังเมืองทุก 5 ปี  - จัดทำรายงานค้นหาความเสี่ยงและการปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัย  - จัดทำเอกสารข้อมูลความปลอดภัยสารเคมี | | | | | |
| 1. การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน และการป้องกันอัคคีภัย | 3 | I | | - ซ้อมแผนอพยพนอกเวลาราชการ  - ทำแผนอพยพย่อยให้ครอบคลุมทุกอาคาร  - ซ้อมแผนให้ครบทุก Code ฉุกเฉิน | | | | | |
| 1. ระบบการบริหารเครื่องมือและสาธารณูปโภค | 2.5 | A | | - ตรวจสอบบันทึกน้ำประปาสำรองให้พร้อมใช้งาน เป็นประจำทุกวัน  - ส่งตรวจวิเคราะห์น้ำใช้ที่ผ่านเครื่องกรอง ทุก3 เดือน | | | | | |
| 1. สิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ | 3 | L | | - จัดทำแผนพัฒนาพื้นที่พักผ่อนให้บริการด้านหน้าตึกผู้ป่วยนอก | | | | | |
| 1. การพิทักษ์สิ่งแวดล้อม | 3 | L | | - ตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำเสียให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน(4ครั้ง/ปี)  - สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community | | | | | |

**II-4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:**เหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิผล ประสิทธิภาพ | | | | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | | | **เป้าหมาย** | | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** |
| 1. อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล | | | <0.05 : 1000 วันนอน | |  |  |  |  |  |
| 2. อัตราการเกิดอุบัติการณ์โรคที่เฝ้าระวัง | | |  | |  |  |  |  |  |
| อัตราการเกิดอุบัติการณ์โรคเกลื้อน | | | < 5 % | |  | N/A | 5.84 | 5.63 | 4.66 |
| อัตราการเกิดอุบัติการณ์โรควัณโรค (TB) | | | < 5 % | |  | 0 | 0 | 1.29 | 1.12 |
| อัตราการเกิดอุบัติการณ์โรคเอดส์(HIV) | | | < 5 % | |  | 0 | 0 | 0 | 0 |
| อัตราการเกิดอุบัติการณ์โรคตาแดง | | | < 5 % | |  | 1.84 | 2.01 | 0 | 0 |
| อัตราการเกิดอุบัติการณ์โรคไข้เลือดออก | | | < 5 % | |  | 0 | 0 | 2.84 | 1.64 |
| อัตราการเกิดอุบัติการณ์โรคไวรัสตับอักเสบ ซี | | | < 5 % | |  | NA | NA | NA | 1.0 |
| 3. อัตราความถูกต้องของการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันติดเชื้อฯ | | | < 5 % | |  |  |  |  |  |
| 3.1 การล้างมือ | | |  | |  |  |  |  |  |
| อัตราการล้างมือถูกหลัก5 moment  (บุคลากรทีมสหวิชาชีพ) | | | 90 | |  | 86.20 | 84.07 | 88.71 | 87.32 |
| อัตราการล้างมือถูกต้อง 7 ขั้นตอน | | |  | |  |  |  |  |  |
| • บุคลากรทีมสหวิชาชีพ | | | 90 | |  | 78.78 | 80.84 | 90.53 | 91.10 |
| • เจ้าหน้าที่ โภชนาการ ซักฟอก | | | 90 | |  | 64.83 | 70.85 | 80.49 | 83.15 |
| • พนักงานทำความสะอาด | | | 90 | |  | 68.92 | 70.35 | 70.87 | 70.35 |
| 3.2 อัตราการสวมอุปกรณ์ป้องกันตามมาตรฐาน | | |  | |  |  |  |  |  |
| • บุคลากรทีมสหวิชาชีพ | | | 90 | |  | NA | 87.05 | 90.32 | 90.46 |
| • เจ้าหน้าที่ โภชนาการ ซักฟอก | | | 90 | |  | NA | 65.03 | 85.71 | 82.32 |
| • พนักงานทำความสะอาด | | | 90 | |  | NA | 48.04 | 50.0 | 73.42 |
| 3.3 อัตราการจัดการขยะติดเชื้อตามมาตรฐาน | | |  | |  |  |  |  |  |
| - อัตราการแยกขยะถูกต้อง | | | 90 | |  | 80.98 | 87.09 | 95.16 | 96.65 |
| - อัตราการขนส่งขยะถูกต้อง | | | 90 | |  | 86.36 | 72.39 | 50.0 | 64.02 |
| - อัตราการจัดเก็บ / พักขยะถูกต้อง | | | 90 | |  | 88.64 | 87.53 | 75.0 | 78.65 |
| **ii. บริบท**  จำนวนเตียง จำนวนผู้รับบริการ: เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ รับรักษาผู้ป่วยยาเสพติดทุกประเภท ในรูปแบบผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ทั้งระบบสมัครใจและบังคับบำบัดแบบควบคุมตัวไม่เข้มงวดทั้งผู้หญิง และผู้ชาย เป็นโรงพยาบาลขนาด 220 เตียง ให้บริการเฉพาะทางด้านยาเสพติดครบขั้นตอนในระยะเตรียมการ ถอนพิษยา ฟื้นฟูสมรรถภาพ และติดตามผล มีหอผู้ป่วยใน จำนวน 4 หอ ได้แก่ หอผู้ป่วยถอนพิษยาบำบัดสุรา และผู้ป่วยแทรกซ้อนทางจิตเวช (ตึกลีลาวดี) หอผู้ป่วยยาเสพติดทั่วไป และผู้ป่วย พร.บ. (ตึกพุทธชาด) หอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพชาย (ตึกบานบุรี) และหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพหญิง (ตึกพวงชมพู) ซึ่งมีผู้ป่วยอยู่ประจำตึกละ 30 คน, 30, 100 และ 60 คนตามลำดับ ใช้ระยะเวลาการรักษา 4 เดือน บำบัดในระยะถอนพิษยา ประมาณ 7-15 วัน หรือแล้วแต่สภาพของผู้ป่วยแต่ละราย และเข้าสู่การบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องจนครบระยะการรักษา 4 เดือน และติดตามผลหลังจำหน่าย 1 ปี ลักษณะการให้บริการ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะรักษาในห้องรวม จะอยู่รวมกันและทำกิจกรรมการบำบัดรักษาร่วมกัน มีการให้บริการพื้นฐาน โดยไม่มีหัตถการและใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่ยุ่งยากซับซ้อน  บริการที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและลักษณะของการติดเชื้อ:  1. การให้บริการรูปแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งมีทั้งคลินิกยาเสพติดทั่วไป และคลินิกเมทาโดน (Methadone) มีการเตรียมการ การให้คำปรึกษาผู้ป่วย (counseling) ก่อนรักษาในผู้ป่วยยาเสพติดทั่วไป ซึ่งมีกลุ่มผู้ป่วย พรบ.ที่ส่งต่อมาจากเรือนจำที่มีสภาพแออัด อาจมีผู้ป่วยวัณโรค (TB) ที่ไม่ได้ทานยา หรือทานยาไม่ครบ และการจ่ายยาเมทาโดน ให้กับผู้ป่วยเฮโรอีนที่ไม่ได้รับการตรวจเลือด และอาจมีโรคแทรกซ้อน เช่น HIV, TB, ไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ลักษณะดังกล่าวทำให้เสี่ยงต่อการติดต่อของโรคระบบทางเดินหายใจ เช่นหวัด, TB  2. การให้บริการรูปแบบผู้ป่วยใน ได้แก่  - การทำหัตถการ เช่น ทำแผล ฉีดยา เจาะเลือด การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (IV) การดูดสิ่งคัดหลั่ง (Suction) เสี่ยงต่อการเกิดเข็มตำ และติดเชื้อHIV ในเจ้าหน้าที่ และการอักเสบในหลอดเลือดดำในผู้ป่วย  - การทำกิจกรรมกลุ่ม ในห้องกิจกรรม ซึ่งมีลักษณะผู้ป่วยนั่งรวมกัน เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคระบบทางเดินหายใจ โรคผิวหนัง และโรคระบาด เช่นตาแดง อีสุกอีใส  - การแยกผู้ป่วยกรณีติดเชื้อในห้องแยก ซึ่งมีห้องแยกไม่เพียงพอ และไม่ได้มาตรฐาน เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคระบบทางเดินหายใจ  3. งานโภชนาการ ให้บริการอาหารแก่ผู้ป่วย ซึ่งมีกระบวนการเตรียม การปรุง การแจกจ่ายอาหาร และการล้าง อาจปนเปื้อนเชื้อโรคในกระบวนการต่างๆ เช่นปนเปื้อนจากเชื้อโรคในวัตถุดิบที่นำมาปรุงอาหาร เช่น มี Salmonella, Stapp เชื้อรา สารเคมี หรืออาจปนเปื้อนเชื้อมาจากมือของเจ้าหน้าที่ เสี่ยงต่อการเกิดท้องเสียจากอาหาร  4. งานซักฟอก ให้บริการเสื้อผ้าผู้ป่วยทุกวัน ทั้งผู้ป่วยทั่วไป และผู้ป่วยที่อยู่ห้องแยก ซึ่งมีกระบวนการรับ ผ้าที่ใช้แล้วจากหอผู้ป่วย กระบวนการซักฆ่าเชื้อด้วยเครื่องอบไอน้ำ และการส่งผ้าสะอาดกลับหอผู้ป่วย ซึ่งอาจเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระบวนการต่างๆ เช่น เจ้าหน้าที่อาจสัมผัสสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วย ซึ่งมากับผ้าเปื้อน เสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV และโรคติดต่อจากการสัมผัส และผู้ป่วยอาจได้รับเสื้อผ้าที่ไม่สะอาด  5. การให้บริการอื่นๆ  - งานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ (Lab) ในกระบวนการเจาะเลือด การรับ ตรวจวิเคราะห์ตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ การทิ้งสิ่งส่งตรวจ เข็มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ตับอักเสบ บี และ ซีจากการสัมผัสสารคัดหลั่ง หรือเข็มตำ  - การดำเนินการจัดการขยะ มีขั้นตอนการคัดแยก การขนส่ง การพัก และการทำลายขยะ ซึ่งอาจมีการทิ้งขยะไม่ถูกประเภท การขนส่ง และพักขยะที่ไม่ได้มาตรฐาน โดยขยะใน รพ. ประกอบด้วยขยะทั่วไป ขยะติดเชื้อ ขยะอันตราย และขยะรีไซเคิล โดยกระบวนการดังกล่าว อาจทำให้สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลไม่ปลอดภัย เสี่ยงต่อติดเชื้อทั้งเจ้าหน้าที่ และผู้ป่วย  การติดเชื้อสำคัญ: 1.TB 2. HIV 3. โรคตาแดง 4. ไข้เลือดออก 5. โรคเกลื้อน 6. การเกิด phlebitis 7. โรคตามฤดูกาล เช่น ชิคุณกุนยา ไข้หวัดใหญ่สายพันธ์ใหม่ โรค Mers 8. ไวรัสตับอักเสบ บี และซี  โอกาสรับผู้ป่วยติดเชื้อจากสถานพยาบาลอื่น:การรับผู้ป่วย พ.ร.บ. กรณีควบคุมตัวแบบไม่เข้มงวดจากสำนักงานคุมประพฤติของจังหวัดต่าง ๆ ซึ่งอาจมีโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (TB) หรือป่วยเป็น TB ทานยาไม่ครบ ไม่ต่อเนื่อง หรือโรคเกลื้อน จากการอยู่ร่วมกันในสภาพแออัดของเรือนจำ  การติดเชื้อดื้อยา: ไม่มี  จำนวน ICN และการศึกษาอบรม:  **iii. กระบวนการ**  II-4.1 ก. ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ  (1) คณะกรรมการกำกับดูแล การตัดสินใจที่สำคัญ   * เพื่อให้โรงพยาบาลมีระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสม และการประสานงานที่ดี รวมถึงการสนับสนุนอย่างเพียงพอ จึงได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ICC) ประกอบด้วยบุคลากรจากทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ โภชนากร นักวิชาการสาธารณสุข และเลขาทีม PCT ,ENV เพื่อดำเนินการกำหนดมาตรการ/แนวทางป้องกันและควบคุมโรค วางแนวทางปฏิบัติ วางแผนและติดตามผลการดำเนินการ มีการประชุมร่วมกันเพื่อกำหนดกิจกรรม มอบหมายผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ผลลัพธ์ พบว่า โรงพยาบาลมีระบบป้องกันและควบคุมโรค มีการระบุที่ต้องเฝ้าระวัง มีคู่มือปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคที่ชัดเจน มีการกำหนดพื้นที่เสี่ยง มีการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่สำคัญ เช่นวัณโรคปอด มีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องโรคผ่านช่องทางต่าง ๆ มีการดูแลผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ เพื่อให้ปลอดภัยจากการแพร่กระจายเชื้อในทุกกระบวนการรักษา   **ผลลัพธ์**: : รพ. มีการดำเนินการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่เป็นรูปธรรม มี คู่มือ และมี  แนวทางปฏิบัติการควบคุม ป้องกัน ให้กับบุคลากร และผู้ป่วย  (2) การวิเคราะห์ความเสี่ยงเพื่อกำหนดการติดเชื้อที่เป็นจุดเน้นของการป้องกันและควบคุม   * เพื่อให้บุคลากร ผู้ป่วยและผู้มาติดต่อทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานปลอดภัย ไม่เกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาล ได้มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงในการเกิดโรคในทุกหน่วยบริการ จากอุบัติการณ์ต่าง ๆ ทำให้โรคพยาบาลมีการกำหนดโรคติดเชื้อที่เป็นจุดเน้นสำคัญ คือ TB, HIV, โรคตาแดง, ไข้เลือดออก,เกลื้อน, Phlebitis และโรคตามฤดูกาล เช่น ชิกุนกุนยา ไข้หวัดใหญ่ส่ายพันธ์ใหม่ โรค Mersโดยกำหนดโรคดังกล่าวเป็นจุดเน้น เนื่องจากบริบทของโรงพยาบาลมีผู้ป่วยอยู่รวมกัน และทำกิจกรรมร่วมกันเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคระบบทางเดินหายใจ โรคติดต่อโดยการสัมผัส และเนื่องจากโรงพยาบาลรับรักษาผู้ป่วยยาเสพติดชนิดฉีด จึงเสี่ยงต่อโรคที่สามารถติดต่อผ่านเลือดได้ นอกจากนี้มีโรคติดต่อที่มีการระบาดในช่วงฤดูฝน เป็นโรคที่เกิดบ่อยไม่สามารถควบคุมได้ จึงกำหนดโรคตามฤดูกาล เป็นจุดเน้นร่วม และจากการพบอุบัติการณ์โรคไวรัสตับอักเสบบี และซี ในผู้ป่วยเฮโรอีนที่มารักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 3 ราย จึงปรับเพิ่มโรคจุดเน้นไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี เพื่อให้สามารถป้องกันได้ครอบคลุมมากขึ้น   **ผลลัพธ์**: ปี 2560 เกิดอุบัติการณ์โรคตาแดง จำนวน 3 ราย, ปี 2561 ไข้เลือดออก และวัณโรค ในผู้ป่วยหญิง จำนวน 2 ราย, ปี 2562 พบผู้ป่วยพรบ.ชาย เป็น TB ซึ่งติดมาจากในเรือนจำ จำนวน 2 ราย ร่วมกับตับอักเสบบีและซี  (3)(4) การนำความรู้ทางวิชาการมาใช้ในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การกำหนดนโยบายและเกณฑ์ปฏิบัติ   * เพื่อให้การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพ ทันสมัย ทันต่อเหตุการณ์จึงกำหนดมาตรการป้องกันบนพื้นฐานองค์ความรู้ทางวิชาการ โดยกำหนดเป็นแนวปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ดังนี้   (1) การปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ตามหลัก Standard precaution ซึ่งเป็นหลักการพื้นฐานในการป้องกันควบคุมการติดเชื้อในผู้ป่วยทุกราย ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีการติดเชื้อ หรือมีอาการหรือไม่ เช่น การล้างมือ การสวมอุปกรณ์ป้องกัน การป้องกันเข็มตำ การจัดการขยะ การซักผ้าที่ปราศจากเชื้อ เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่งาน IC เน้นให้เจ้าหน้าที่ และผู้ป่วยปฏิบัติ รวมทั้งมีการติดตามผล เป็นประจำทุกเดือน  (2) การปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ตามหลัก Isolation precautions โดยจัดทำ Zone แยกผู้ป่วย อิงตามมาตรฐานห้องแยก เพื่อสามารถดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดการติดเชื้อ หรืออยู่ในภาวะเสี่ยง  (3) การจัดทำคู่มือโรคที่เฝ้าระวังบนพื้นฐานความรู้โรคนั้นๆ ตามหลักการแพร่กระจายของแต่ละโรค นำมาเป็นแนวปฏิบัติ เมื่อเกิดอุบัติการณ์ โดยทำ Check list การปฏิบัติแต่ละกระบวนการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้การปฏิบัติครอบคลุม  (4) การป้องกันโรคระบาดตามฤดูกาล เช่น การฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ให้กับบุคลากรผู้ปฏิบัติงานทุกปี ปี 2560 จำนวน 93 ราย คิดเป็น 100% ปี 2561 จำนวน 78 ราย คิดเป็น 100%  ปี 2562 จำนวน 119 ราย คิดเป็น 100%  **ผลลัพธ์**: รพ. มีแนวทางการปฏิบัติการป้องกันควบคุมการติดเชื้อโรคแต่ละโรค ชัดเจน วัดผลได้  (5)(6) การประสานงานระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IPC)ทั่วทั้งองค์กรความครอบคลุมพื้นที่ การเชื่อมประสานระบบงาน IPC กับระบบงานพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัย   * เพื่อความร่วมมือ การประสานงานในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อภายในหน่วยงาน และความปลอดภัยของผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ ได้ดำเนินการ ดังนี้   (1)การประสานความร่วมมือกับทีมพัฒนาคุณภาพ เช่น ทีม ENV ในการควบคุมสิ่งแวดล้อม ทั้งในอาคารสถานที่ ตึกผู้ป่วย และบ้านพัก เพื่อให้มีความสะอาด ไม่เป็นแหล่งเพาะพันธ์ยุงลายนำเชื้อไข้เลือดออก ประสานทีม PCT เพื่อร่วมกำหนดแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบนหลักการ Standard precaution, Isolation precautions และตรงตามบริบทของโรงพยาบาลรวมทั้งร่วมหาแนวทางป้องกันโรคร่วมกัน ประสาน คณะกรรมการGreen & Clean ในการควบคุมมาตรฐานขยะติดเชื้อในโรงพยาบาล ผลลัพธ์ เกิดการจัดการขยะติดเชื้อที่เป็นระบบมากขึ้น  (2)การจัดทำแนวทางสื่อสารองค์ความรู้ในงาน IC,แนวปฏิบัติการป้องกันโรค รวมทั้งความรู้ที่ทันสมัย ในช่องทางต่างๆ เพื่อให้บุคลากร ผู้ป่วย และญาติรับทราบข่าวสารทั้ง รพ. เช่น ทาง Web box, ป้ายประชาสัมพันธ์ตาม จุดสำคัญใน รพ. เช่น จุดญาติเยี่ยม หน้าลิฟต์ การจัดบอร์ดเผยแพร่ความรู้เรื่องโรค ทุก 3 เดือน  (3)รพ. มีการประกาศนโยบายโรคที่เฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลให้กับเจ้าหน้าที ผู้ป่วย และญาติทราบ เพื่อร่วมปฏิบัติ ป้องกัน ควบคุม เป็นลายลักษณ์อักษร  **ผลลัพธ์**: เกิดโครงการ “เพาะรัก ไม่เพาะยุง” ร่วมกับทีม ENV และคณะกรรมการบ้านพัก ในการรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออก และดำเนินการต่อเนื่องมาจนปัจจุบัน ทำให้สามารถป้องกันโรคไข้เลือดออก แหล่งเพาะพันธ์ยุงลายในโรงพยาบาลได้ (ไม่เคยเกิดการติดเชื้อไข้เลือดออกในโรงพยาบาล)  (7) การสนับสนุนทรัพยากร บุคลากร ระบบสารสนเทศ   * เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ และมีระบบสารสนเทศที่สนับสนุนการดำเนิน IC อย่างมีประสิทธิภาพ มีแนวทาง ดังนี้   (1)การประสานความร่วมมือกับทีมพัฒนาคุณภาพ เช่น ทีม ENV ในการควบคุมสิ่งแวดล้อม ทั้งในอาคารสถานที่ ตึกผู้ป่วย และบ้านพัก เพื่อให้มีความสะอาด ไม่เป็นแหล่งเพาะพันธ์ยุงลายนำเชื้อไข้เลือดออก ประสานทีม PCT เพื่อร่วมกำหนดแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบนหลักการ Standard precaution, Isolation precautions และตรงตามบริบทของโรงพยาบาลรวมทั้งร่วมหาแนวทางป้องกันโรคร่วมกัน ประสาน คณะกรรมการ Green & Clean ในการควบคุมมาตรฐานขยะติดเชื้อในโรงพยาบาล ผลลัพธ์ เกิดการจัดการขยะติเชื้อที่เป็นระบบมากขึ้น  (2)การจัดทำแนวทางสื่อสารองค์ความรู้ในงาน IC,แนวปฏิบัติการป้องกันโรค รวมทั้งความรู้ที่ทันสมัย ในช่องทางต่างๆ เพื่อให้บุคลากร ผู้ป่วย และญาติรับทราบข่าวสารทั้ง รพ. เช่น ทาง Web box, ป้ายประชาสัมพันธ์ตามจุดสำคัญใน รพ. เช่น จุดญาติเยี่ยม หน้าลิฟต์ การจัดบอร์ดเผยแพร่ความรู้เรื่องโรค ทุก 3 เดือน  (3)รพ. มีการประกาศนโยบายโรคที่เฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลให้กับเจ้าหน้าที ผู้ป่วย และญาติทราบ เพื่อร่วมปฏิบัติ ป้องกัน ควบคุม เป็นลายลักษณ์อักษร  **ผลลัพธ์**: เกิดโครงการ “เพาะรัก ไม่เพาะยุง” ร่วมกับทีม ENV และคณะกรรมการบ้านพัก ในการรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออก และดำเนินการต่อเนื่องมาจนปัจจุบัน ทำให้สามารถป้องกันโรคไข้เลือดออก แหล่งเพาะพันธ์ยุงลายในโรงพยาบาลได้ (ไม่เคยเกิดการติดเชื้อไข้เลือดออกในโรงพยาบาล  (8) การให้ความรู้และฝึกอบรมแก่บุคลากรและผู้ป่วย   * เพื่อให้ความรู้ และฝึกอบรมการเฝ้าระวัง และป้องกันการติดเชื้อที่ถูกต้อง จึงวางแผนจัดอบรม ให้ความรู้ดังนี้เจ้าหน้าที่ พนักงานทำความสะอาด คนสวน ปีละ 2 ครั้ง โดย ปี 2561 จัดอบรมเมื่อวันที่ 16 พฤษภาคมมีผู้เข้าร่วมทั้งหมด 35 คน เป็นเจ้าหน้าที่ 22 คน พนักงานทำความสะอาด 11 คน คนสวน 2 คนปี 2562 จัดอบรมเมื่อวันที่ 23 พฤษภาคม 2562 มีผู้เข้าร่วมทั้งหมด 30 คน เป็นเจ้าหน้าที่ 12 คน พนักงานทำความสะอาด14 คน คนสวน 4 คน และมีการให้ความรู้ในเวทีประชุม ตึก และฝ่าย เป็นประจำทุกเดือนผู้ป่วย มีการให้ความรู้ ในตึกผู้ป่วย โดย ให้ความรู้การล้างมือ และติดตามการล้างมือถูกต้อง 7 ขั้นตอนเป็นประจำทุกวัน หลังเลิกกลุ่มประชุมเช้า มีการให้ความรู้เรื่องโรค เมื่อเกิดการระบาดภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการแพร่กระจายผลลัพธ์ : ผู้ป่วยได้รับความรู้ ร้อยละ 89.3   (9)(10) พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (ICN)กลไกการดำเนินงานและประสานงาน   * เพื่อให้ระบบการดำเนินงาน IC เป็นไปตามกลไกการทำงานที่กำหนด พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (ICN) ต้องดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ตามคำสั่ง โดยการศึกษาหาความรู้ใหม่ มาร่วมกำหนดแนวทางการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรค มีการวางแผนดำเนินการร่วมกับทีมคณะกรรมการ ICC เมื่อมีสถานการณ์การแพร่ระบาด หรือแพร่กระจายเชื้อโรคที่เกิดขึ้น มีการประสานงานตามแนวทางที่กำหนดในคู่มือ   **ผลลัพธ์**: พยาบาลป้องกันควบคุมการติดเชื้อ (ICN) มีการดำเนินงานตามแนวทาง แต่บางสถานการณ์มีความล่าช้า เนื่องจาก เป็น Part time และไม่ได้รับการอบรม 4 เดือน ซึ่งพบว่า ความรู้ที่มีไม่ทันสมัย จึงมีแผนส่งอบรม ICN 1 ราย ในปี 2563  II-4.1 ข. การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ  (1) การเฝ้าระวังแบบ active prospective surveillance หรือ targeted surveillance   * เพื่อให้บุคลากร และผู้รับบริการปลอดภัยจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล จึงมีการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดโรคที่ต้องเฝ้าระวังในโรงพยาบาลจากข้อมูลอุบัติการณ์ และโรคตามฤดูกาล มีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ในเชิงรุก คือการตรวจคัดกรองโรคเบื้องต้นทุกรายที่แผนกผู้ป่วยนอก และตรวจประเมินผู้ป่วย ขณะบำบัดรักษาทุกโรคที่เฝ้าระวัง ดำเนินการดูแล ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคตามคู่มือโรคที่กำหนด ซึ่งมีคู่มือการปฏิบัติที่ชัดเจน   **ผลลัพธ์** พบว่า เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยมีแนวทางในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค ไม่มีการติดเชื้อในเจ้าหน้าที่ แต่อย่างใด  (2) การวินิจฉัยและยืนยันการติดเชื้อที่ไม่ได้ทำ active prospective surveillance   * เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคที่ไม่ได้คาดหมายในโรงพยาบาล จึงเน้นให้มีกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่นำสู่การวินิจฉัยโรคที่รวดเร็ว โดยประกันเวลาคัดกรองและวินิจฉัย ภายใน 24 ชั่วโมงและกำหนดเกณฑ์ในการคัดออกของโรคที่โรงพยาบาลไม่มีความพร้อมในการดูแลไว้อย่างชัดเจน ซึ่งเป็นแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยที่เหมาะสม เป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ **ผลลัพธ์** พบว่า ยังไม่มีอุบัติการณ์โรคที่ไม่ได้คาดหมายในโรงพยาบาล   (3) การใช้ผลของการเฝ้าระวังเพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้เกี่ยวข้อง และเพื่อปรับปรุงระบบงาน   * เพื่อสามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้อย่างทันท่วงที จึงมีการนำผลการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคแบบ active prospective surveillance ตามหน่วยงานมาวิเคราะห์ทบทวนทันทีที่เกิดอุบัติการณ์ มีการแจ้งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอุบัติการณ์โรค ละแนวทางป้องกันแก่บุคลากรและผู้ป่วยผ่านระบบออนไลน์ ป้ายประชาสัมพันธ์ภายใน 24 ชั่วโมง และเวทีประชุมประจำเดือน เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ เพิ่มความตระหนัก และเน้นการปฏิบัติตามคู่มือของโรค ทั้งมีการทบทวนคู่มือทุก 3 เดือน เพื่อการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง **ผลจากการเฝ้าระวัง**(1)ทำให้เกิดโครงการที่ส่งเสริมให้ลดอุบัติการณ์โรค เช่น โครงการ “เพาะรักไม่เพาะยุง” ในโรคไข้เลือดออก และรณรงค์ให้เกิดโครงการทุกปี (2) ในเดือนตุลาคม 2562 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วย TB (ผู้ป่วยพรบ.) เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน โดยมีการดำเนินการตามคู่มือ โดยให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องแยก มีการควบคุมตามแนวทางปฏิบัติ ไม่มีการติดเชื้อเพิ่มในผู้ป่วยอื่น   (4)(5) การบ่งชี้การระบาดและการควบคุมการระบาด (บทเรียนในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา)   * เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถระบุการระบาดของโรคที่พบ และจัดการควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยได้นำคู่มือการปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล หรือ Flow chart ของแต่ละโรคมาใช้เป็นแนวทาง เพื่อสามารถบ่งชี้การระบาดของโรค ซึ่งประกอบด้วยการรายงานอุบัติการณ์จากจุดเกิดเหตุ การสอบ สวนโรค การประชุมหาแนวทางควบคุมป้องกันการระบาดใน 24 ชั่วโมง การติดต่อประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การดำเนินการตามมาตรการที่กำหนด จากการเก็บรวบรวมข้อมูลโรคในโรงพยาบาล รอบ 3 ปีที่ผ่านมา (2560-2562) มีข้อมูลการระบาด และแนวทางการดำเนินการ ดังนี้ * ปี2560 มีการระบาดโรคตาแดงในผู้ป่วยตึกบานบุรี 3 คน โดย ICWN มีการรายงานตามขั้นตอน ใน 24 ชั่วโมง มีการสอบสวนโรคพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 3 คนเป็นโรคตาแดงจากการสัมผัสใกล้ชิดกัน จึงมีการควบคุมโรค โดยเน้นการปฏิบัติตามคู่มือ รณรงค์การปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันแพร่กระจายโรคพื้นฐาน เช่น การล้างมือ การนำผู้ป่วยอยู่ในห้องแยก และประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรในโรงพยาบาลทราบข้อมูลการระบาด และวิธีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค   **ผลลัพธ์**ไม่เกิดอุบัติการณ์เพิ่ม จากการทบทวนบทเรียนที่เกิดขึ้นและวางแผนรับมือกับการระบาดของ  โรคนี้ตามลักษณะของการกระจายของโรคตาม บุคคล สถานที่ และช่วงเวลาดังนี้กลุ่มบุคคลที่เกิดจะเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่รวมกันในตึกบานบุรี จึงต้องวางแผนในการให้ข้อมูลการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายโรคพื้นฐาน คือ Standard Precaution อย่างเคร่งครัด เช่น การล้างมือ การอยู่ในห้องแยก การห้ามใช้ของร่วมกัน เนื่องจากโรคตาแดง ติดต่อได้จากการสัมผัส และผู้ป่วยอยู่รวมกัน และมีกิจกรรมร่วมกันตลอด  ๏ ปี2561 พบผู้ป่วยหญิงเป็นวัณโรค 2 ราย ซึ่งคนแรกเป็นโรคแทรกซ้อนที่เกิดการติดเชื้อ HIV ก่อนเข้า  รับการบำบัดรักษา และผู้ป่วยไม่ได้ให้ข้อมูลการป่วยตามความเป็นจริงส่งผลให้มีการติดเชื้อ ในผู้ป่วยเพิ่มอีก 1ราย ซึ่งนำสู่การทำแผนของบประมาณเพื่อจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ห้องแยกตามาตรฐาน และเหมาะกับบริบทของ รพ.  ๏ ปี 2562 ดังนี้  (1)พบการระบาดของไข้เลือดออกในกลุ่มบุคลากรและครอบครัวที่อาศัยอยู่ในบ้านพักรพ. จำนวน 3 รายและโรคหัดหรือไข้ออกผื่น เสี่ยงโรคชิคุนกุนยา จำนวน 8 ราย ได้ดำเนินควบคุมโรคตาม FLOW CHART มีการสอบสวนโรคร่วมกับหน่วยงานภายนอก เช่นรพ.สต.บ้านบ่ออิฐ ศูนย์โรคติดต่อนำโดยแมลงสำนักงานป้องกันและควบคุมโรค ที่ 12 กรมควบคุมโรค พบว่า บุคลากรทั้ง 3 ได้กลับมาจากต่างจังหวัด และเทศบาลตำบลเกาะแต้ว ในการพ่นหมอกควันในพื้นที่เกิดโรครัศมี 100 เมตร ดำเนินการสำรวจลูกน้ำยุงลายโดยใช้แบบบันทึกบ้านเพาะรักไม่เพาะยุงของกรมควบคุมโรค ในตึก อาคาร และบ้านพักทั้งหมดใน รพ.ตามแนวทาง0,3,7วันและต่อเนื่องทุกวันศุกร์ สัปดาห์ละ1 ครั้งมีกิจกรรมพัฒนาบ้านพัก ของ รพ. ใช้หลักการ 5 ส.(สะสางสะดวก สะอาด สุขลักษณะ สร้างนิสัย) โดยได้รับความร่วมมือจากบุคลากรทุกคนเป็นอย่างดี ทำให้ไม่พบอุบัติการณ์การเกิดโรคทั้ง 2 โรคนี้ในผู้ป่วยรายอื่นอีกในปี 62 นอกจากนี้มีการประชุมทีม IC และผู้เกี่ยวข้องเพื่อทบทวนบทเรียนที่เกิดขึ้นและวางแผนรับมือกับการระบาดของโรคนี้ตามลักษณะของการกระจายของโรคตามบุคคล สถานที่ และช่วงเวลาคือโรคระบาดบุคลากรและครอบครัว ผู้ใหญ่และเด็ก ส่วนกรณีโรคชิคุนกุนยา จากการสอบสวน เป็นการเดินทางกลับจากต่างจังหวัดเช่นกัน จะเป็น ทั้งเด็ก และผู้ใหญ่ สังเกตอาการพบมีไข้มีผื่นตามตัว (หลังจากไข้ลด) ปวดตามข้อต่างๆ แต่ไม่พบการอักเสบ ส่วนเด็กมีอาการไข้สูง มีผื่นตามตัว อ่อนเพลีย กินได้น้อย บางรายต้องนอนพักที่ รพ.สถานที่ พบเกิดการระบาดในชุมชนใกล้กับ รพ. ,บริเวณรอบบ้านพักผู้ป่วยเป็นแหล่งเพาะพันธุ์, คนในครอบครัวมีการเดินทางไปในพื้นที่ที่พบการระบาดของโรคและเกิดในช่วงเวลาในช่วงฤดูฝน จากเหตุการณ์นี้ ผลพบว่าไม่มีคนติดเชื้อเพิ่มเติม  (2)ในเดือน ตุลาคม 2562 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วย TB ( ผู้ป่วย พรบ.) เข้ารับการบำบัดรักษาผู้ป่วยใน ซึ่งเป็นโรคระบบทางเดินหายใจ ซึ่งบริบทของ รพ . ไม่สามารถรับรักษาได้ เนื่องจากสถานที่ / ห้องแยกไม่ได้มาตรฐานจึงมีแผนปรับระบบการรับผู้ป่วย พรบ. ที่ป่วยเป็น TB และจัดเตรียมห้องแยกให้ได้มาตรฐานต่อไป  (3)ในเดือน ตุลาคม พบผู้ป่วยติเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี และซี ในงานผู้ป่วยนอก จำนวน 3 ราย จึงดำเนินการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางโรค HIV และวางแผนเพิ่มให้ ไวรัสตับอักเสบ บี และซี เป็นโรคที่ต้องเฝ้าระวังในโรงพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้เข็มฉีดยา  ๏ ปี 2563 วางแผนปรึกษาหารือ แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ทางด้านวิชาการกับรพ.สต.บ้านบ่ออิฐและสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 12 สงขลา เพื่อเตรียมพร้อมรับมือกับโรคระบาดที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต  II-4.2 ก. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป  (1) มาตรการป้องกันการติดเชื้อและทำให้ปราศจากเชื้อ   * Hand hygiene: มีการรณรงค์ ส่งเสริม และติดตามการล้างมือถูกขั้นตอนในผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ 3 กลุ่มอย่างต่อเนื่อง คือ กลุ่มเจ้าหน้าที่สหวิชาชีพ งานโภชนาการ ซักฟอก และกลุ่มพนักงานทำความสะอาด และการล้างมือ 5 moment ในกลุ่มทีมสหวิชาชีพโดยเน้น การให้ความรู้ สนับสนุนสื่อ อุปกรณ์การล้างมืออย่างเพียงพอ และมีสถานที่ล้างมือที่ง่ายต่อการเข้าถึง มีการติดตามการปฏิบัติถูกต้อง และต่อเนื่องทุกเดือน   **ผลลัพธ์** พบว่า การปฏิบัติมีการล้างมือต่ำกว่าเกณฑ์ แต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เล็กน้อย เนื่องจากการติดตามไม่ต่อเนื่อง จึงออกแบบแนวทางการติดตามรายบุคล และเป็นรายไตรมาส ซึ่งอยู่ระหว่างการติดตามผล   * Isolation precautions:เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรคติดต่อต่างๆ จึงได้กำหนดโรคที่ต้องเฝ้าระวังในโรงพยาบาลซึ่งเป็นโรคที่เคยเกิดอุบัติการณ์ และโรคตามฤดูกาล การดำเนินการป้องกัน และควบคุมโรค จะเน้นการอยู่ในโซนแยก หรือห้องแยก เนื่องจากมีโอกาสเกิดการติดเชื้อง่าย ด้วยบริบทการอยู่รวมกันของผู้ป่วย และดำเนินการตามคู่มือ ที่กำหนด ตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้นทุกรายตามแบบคัดกรองโรคแต่ละโรคที่จัดทำขึ้น มีการจัดโซนแยกผู้ป่วยที่สงสัย / ป่วย มีเส้นทางการส่งต่อเข้าตึกผู้ป่วยทุกตึกชัดเจน กรณีโรคระบบทางเดินหายใจให้ผู้รับบริการ และบุคลากรสวม Mask ทุกราย ส่วน TB ให้เจ้าหน้าที่ให้บริการสวมหน้ากาก N95รวมทั้ง มีบริการทางด่วนแก่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และประกันเวลาในการได้รับการดูแลที่เหมาะสม   ของผู้ป่วยภายใน 30 นาที เมือคัดกรองพบ  **ผลลัพธ์** ในปี 2560 พบผู้ป่วยตาแดง ที่ตึกบานบุรี แล้วดำเนินการนำผู้ป่วยเข้าห้องแยกที่จัดไว้ และปฏิบัติตามแนวทางป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อ ไม่พบผู้ป่วยเพิ่มในปี 2562 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วย TB ( ผู้ป่วย พรบ.) เข้ารับการบำบัดรักษาผู้ป่วยใน โดยเข้าอยู่ในห้องแยก และควบคุมตามแนวทางการป้องกัน และไม่มีการติดเชื้อในผู้อื่นเพิ่ม   * Standard precaution อื่นๆ:มีนโยบายให้เจ้าหน้าที่ และผู้ป่วย ปฏิบัติกิจกรรมป้องกันการติดเชื้อพื้นฐาน และเพิ่มความตระหนักทุกครั้ง เพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อ โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ และผู้ป่วยเป็นประจำทุกปี ปีละ 2 ครั้ง เพื่อให้มีความรู้ เห็นความสำคัญของการปฏิบัติพื้นฐานในการแพร่กระจายเชื้อ (Standard precaution)   **ผลลัพธ์** พบว่าเจ้าหน้าที่ และผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังขาดความตระหนัก   * การทำความสะอาด ทำลายเชื้อ ทำให้ปราศจากเชื้อ:การทำความสะอาด ทำลายเชื้อ ทำให้ปราศจากเชื้อ: เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในระหว่างทำหัตถการ ที่เหมาะกับบริบทของโรงพยาบาลที่มีหัตถการน้อย ไม่ซ้ำซ้อน จึงได้มีการใช้ Disposable Set โดยเน้นความเหมาะสม ถูกต้อง และเพียงพอ   **ผลลัพธ์** อุปกรณ์ที่ใช้ทำหัตถการมีความเหมาะสม เพียงพอ และไม่มีอุบัติการณ์ติดเชื้อจากการทำหัตถการใดๆ   * การ reprocess กล้องส่องอวัยวะ: ไม่มีบริการ * การจัดการกับวัสดุหมดอายุและ single-use device reprocessing: โดยยึดหลักการป้องกันอุบัติการณ์ จากการสัมผัสเชื้อที่ปนเปื้อนอุปกรณ์ ที่ผ่านการใช้งานแล้ว และลดการแพร่กระจายเชื้อ โดยการทิ้งลงถังขยะติดเชื้อ ในวัสดุ single-use โรงพยาบาลมีการจัดทำแผนการจัดซื้อ โดยการคำนวณจากการใช้งานในปีที่ผ่านมา และดูจากความต้องการใช้ เพื่อให้สามารถมีใช้ในปริมาณที่เพียงพอ และไม่เกินความต้องการ   (2) การปรับปรุงและควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโรคและการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม   * เพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโรค และการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม มีการดำเนินการ ดังนี้   (1) จัดแบ่งพื้นที่ (Zoning) ในการให้บริการผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ หรือสงสัยว่ามีการติดเชื้อ ในทุกจุดบริการ คือ โอพีดี หอผู้ป่วยใน โดยมีสัญลักษณ์แสดง และปรับปรุงห้องแยกให้ได้ตามมาตรฐานเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล และเน้นพื้นที่ให้มีการระบายอากาศที่ถ่ายเทได้สะดวกโดยมีแนวทางการบ่งชี้โรค หรือผู้ป่วยที่ต้องใช้บริการห้องแยก และการบำรุงรักษา ทั้งก่อนใช้งาน และหลังใช้งานที่ชัดเจน  (2) จัดให้มีวัสดุอุปกรณ์ในห้องแยกเพียงพอ พร้อมใช้ เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล เช่น อุปกรณ์การล้างมือ, Alcohol hand rub, Mask, ถังขยะติดเชื้อ, ถังผ้าติดเชื้อ  (3) มีการปรับภาชนะใส่อาหารลักษณะใช้แล้วทิ้ง (Disposable) ให้กับผู้ป่วยห้องแยก  (4) การจัดการขยะติดเชื้อในโรงพยาบาล มีการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยชนิดอื่น และคัดแยกตามประเภทของมูลฝอยติดเชื้อ คือมูลฝอยติดเชื้อประเภทของมีคมและประเภทไม่มีคม เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากเข็มทิ่มตำจากการทำงาน มีการกำหนดเวลา และเส้นทางการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อประจำวัน คือ เวลา 14.00 น.-15.00 น. รวมทั้งมีข้อกำหนดในการล้างถังขยะทุกวัน  (5) งาน IC ร่วมกับทีม ENV ในการเฝ้าระวังการปนเปื้อนในน้ำอุปโภค - บริโภค โดยมีการล้างสิ่งปนเปื้อนลงระบบบำบัดน้ำเสีย 100 % รวมทั้งมีการสุ่มตรวจคุณภาพน้ำ และเก็บตัวอย่างน้ำดื่มที่ผ่านเครื่องกรองน้ำ ส่งตรวจปีละ 4 ครั้ง (3 เดือน /ครั้ง) ณ ศูนย์ปฏิบัติการด้านสิ่งแวดล้อม คณะการจัดการสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา  (6) การควบคุม ติดตามงานซักฟอกให้เป็นตามมาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยกำหนดเส้นทางเข้า-ออกของผ้าสะอาด / ผ้าเปื้อนที่ชัดเจน กำหนดน้ำยาซักผ้าที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม  (7)การควบคุมการใช้น้ำยาทำความสะอาดที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมตามมาตรฐาน Green and Clean  **ผลลัพธ์** พบว่า การดำเนินการตามมาตรฐานที่กำหนดยังไม่ได้มาตรฐาน เนื่องจากมีข้อจำกัดในบริบทของโรงพยาบาล เช่น การจัดการขยะติดเชื้อในส่วนของการส่งกำจัดอาทิตย์ละครั้ง เนื่องจากมีปริมาณน้อย และยังไม่ได้ดำเนินการติดตามการกำจัดขยะติดเชื้อนอกโรงพยาบาล  (3) การลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในพื้นที่ต่างๆ   * เพื่อให้ผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ปลอดภัยจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล จึงได้กำหนดพื้นที่สำคัญของโรงพยาบาลที่ต้องให้ความสำคัญในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เนื่องจากเป็นจุดที่ให้บริการผู้ป่วย ได้แก่ โอพีดี ซึ่งเป็นจุดรับใหม่และส่งต่อผู้ป่วย หอผู้ป่วยใน งานชันสูตร งานโภชนาการ ซึ่งอาจมีการปนเปื้อนจากเชื้ออาหาร งานซักฟอก โดยมีมาตรการให้เจ้าหน้าที่และผู้ป่วยในพื้นที่เสี่ยง ปฏิบัติกิจกรรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด รวมทั้งมีการติดตามการปฏิบัติเป็นประจำทุกเดือน และเสริมสร้างความตระหนักให้ปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง   **ผลลัพธ์** พบว่า ผลการปฏิบัติการล้างมือ และการสวมอุปกรณ์ป้องกันต่ำกว่าเกณฑ์ในกลุ่มเจ้าหน้าที่โภชนาการ ซักฟอก และการล้างมือ 5 moment ต่ำกว่าเกณฑ์ในกลุ่มเจ้าหน้าที่ทีมสหวิชาชีพ  II-4.2 ข. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ  (1) การดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อที่สำคัญขององค์กร   * เพื่อลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อสำคัญของโรงพยาบาล พบว่า การกำหนดโรคติดเชื้อสำคัญ และต้องปฏิบัติตามแนวทางอย่างเคร่งครัด ได้แก่ TB, HIV, โรคตาแดง,ไข้เลือดออก,เกลื้อน, phlebitis และโรคตามฤดูกาล เช่น ชิคุนกุนยา ไข้หวัดใหญ่สายพันธ์ใหม่, โรค Mers โดยดำเนินการ ดังนี้   (1) มีคู่มือการป้องกัน ควบคุมทุกโรค มีการประชุมชี้แจงการใช้คู่มือให้กับเจ้าหน้าที่ และติดตามการการปฏิบัติเมื่อเกิดอุบัติการณ์โรค โดยการ Check list การปฏิบัติในทุกกระบวนการ  (2) กรณีโรคระบาด มีการสอบสวนโรค สรุปผลภายใน 24 หลังรับแจ้ง  (3) มีการประชาสัมพันธ์ทั่วทั้ง รพ. ผ่านช่องทาง Web box, ป้ายรณรงค์, ทางไลน์ ทั้งความรู้เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ  (4) ติดตาม ควบคุม การแพร่กระจายโรค โดยการตามรอยโรค ร่วมกับผู้เกี่ยวข้องพร้อมหาแนวทางป้องกันแก้ไข ภายใน 3 วัน  (5) วางแผนดำเนินการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซีเนื่องจากมีผู้ป่วยใช้เข็มฉีดยาเป็นกลุ่มเสี่ยง  **ผลลัพธ์** มีการปฏิบัติตามแนวทางในการควบคุมโรค แต่ยังมีผู้ป่วยที่ติดเชื้อมาจากข้างนอก ซึ่งต้องเฝ้าระวัง  (2) การดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อซึ่งติดต่อได้ทางโลหิต ผู้ป่วยที่มีภูมิต้านทานต่ำ การติดเชื้อที่ดื้อยาและเชื้ออุบัติใหม่   * เพื่อให้ผู้ป่วยติดเชื้อซึ่งติดต่อได้ทางโลหิต ผู้ป่วยที่มีภูมิต้านทานต่ำ ได้รับการดูแลที่เหมาะสม ปลอดภัยมีแนวทางการดำเนินการ ดังนี้   กำหนดโรคที่ต้องเฝ้าระวัง คือ โรค HIV, วางแผนเพิ่มเติม ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ บี และ ซีและมีคู่มือครบ  ทุกโรค  มีการดำเนินการดูแลผู้ป่วยบนหลักการ Reduction โดยดูแลตั้งแต่การคัดกรองโรค การทำ VCT (การ  ตรวจเลือดด้วยความสมัครใจ ) ในผู้ป่วยทุกรายหลังรับไว้ในโรงพยาบาล กรณีผู้ป่วยใน 100% ส่วนผู้ป่วยนอก  ตามความสมัครใจ  มีการประสานกับหน่วยงานภายนอก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม เกี่ยวกับยาต้านไวรัส, การบริการทางด่วนในการรับยา คือการประสาน รพ. จะนะ ซึ่งเป็นเครือข่ายการบำบัดรักษายาเสพติดใน จ.สงขลาโดยดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง และกรณีโรคแทรก มีการประสานรับไว้รักษาต่อที่ รพ. สงขลามีการส่งผู้ป่วยรับคำปรึกษา โดยผ่านศูนย์ลดอันตราย (Harm center)  **ผลลัพธ์** : 3 ปีย้อนหลัง คือ ปี 2560, 2561,และ 2562 ผู้ป่วยได้รับการ VCT จำนวน 124, 120 และ144 รายตามลำดับ ยังไม่พบผู้ป่วยติดเชื้อ HIV งบประมาณ 2563 ทางโรงพยาบาลจะนะมีการทำวิจัยเรื่อง ผู้ป่วยปลอดจากโรคไวรัสตับอักเสบ ซี ในระยะเวลา 2 ปี ซึ่งเป็นโครงการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลในการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ ซีโดยใช้รูปแบบการรักษาในชุมชน มีการให้ยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อไวรัสโดยตรง และเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซีในผู้ใช้ยา จึงได้นำผู้ป่วยในคลินิกเมทาโดนเข้าร่วมโครงการดังกล่าวจำนวน 3 ราย พบมีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี ทั้ง 3 ราย อยู่ระหว่างการรับการรักษาด้วยยา จำนวน 2 ราย ส่วนอีก 1ราย ไม่ต้องรักษาด้วยยาเนื่องจากร่างกายมีภูมิต้านทานเองโดยธรรมชาติ  (3) การดูแลเจ้าหน้าที่ที่สัมผัสเลือด/สารคัดหลั่ง หรือเจ็บป่วยจากการทำงาน   * เพื่อให้เจ้าหน้าที่ปลอดภัยจากการสัมผัสเลือด หรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วย และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ มีแนวทางดำเนินการ ดังนี้  1. จัดทำแนวทางปฏิบัติเมื่อเจ้าหน้าที่สัมผัสเลือด หรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วย/ ถูกเข็มตำและดำเนินการตาม   แนวปฏิบัติ   1. ดำเนินการตามมาตรการ (Harm Reduction)คือ ให้เจ้าหน้าที่เข้าสู่กระบวนการ VCT (การให้คำปรึกษาเจาะเลือดด้วยความสมัครใจ) โดยการประเมินความเสี่ยง เจาะเลือด และให้รับประทานยาต้านไวรัส (ARV)โดยประสานยาต้านไวรัสกับ รพ. จะนะ 2. ประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยในกระบวนการ VCT (การให้คำปรึกษาเจาะเลือดด้วยความสมัครใจ) ร่วมด้วย เพื่อประเมินความรุนแรงของความเสี่ยงติดเชื้อ 3. ด้านวัสดุ อุปกรณ์ มีนโยบายให้ทุกหอผู้ป่วยจัดเตรียมน้ำยาทำความสะอาดผิวหนัง น้ำยาฆ่าเชื้อให้พร้อมใช้ และเพียงพอ   **ผลลัพธ์**: ไม่เคยเกิดอุบัติการณ์  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  การควบคมการระบาดของโรคไข้เลือดออก ซึ่งระบาดในช่วงฤดูฝน เมื่อระบาดแล้วสามารถติดต่อได้ง่ายจากยุง แนวทางการดำเนินของโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ได้พยายามดำเนินการป้องกัน และควบคุมการแพร่กระจายโรคนี้อย่างจริงจัง และเป็นรูปธรรมจนสามารถดำเนินการเป็นระบบใน ปี 62 เนื่องจากมีผู้ป่วยไข้เลือดออก 3 ราย ซึ่งเป็นบุคลากรและครอบครัว ทั้งผู้ใหญ่และเด็ก ที่เป็นมาจากที่อื่น กระบวนการที่นำมาซึ่งความสำเร็จ อยู่ที่การรายงานโรคที่รวดเร็ว มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด ภายในเวลา 24 ชั่วโมง มีการกำหนดผู้รับผิดชอบแต่ละกระบวนการที่ชัดเจนผู้รับผิดชอบร่วมกันดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ มีการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอก เช่น เทศบาลตำบลเกาะแต้ว, รพ,สต,บ่ออิฐ, ศูนย์โรคติดต่อนำโดยแมลงสำนักงานป้องกันและควบคุมโรค ที่ 12 กรมควบคุมโรค ที่สนับสนุนการพ่นหมอกควัน วัสดุอุปกรณ์ป้องกันยุงกัด เช่น โลชั่นทากันยุง การร่วมสอบสวนโรค และการร่วมสำรวจ และกำจัดลูกน้ำยุงลาย แจกทรายอะเบท ซึ่งจากการดำเนินการตามแนวทางของการป้องกัน และควบคุมโรคที่ชัดเจน ทำให้ผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่เห็นความสำคัญในการป้องกันโรคไข้เลือดออก จึงเกิดการร่วมรณรงค์ ในกิจกรรม “เพาะรัก ไม่เพาะยุง” ของ รพ. โดยความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล คือ ทีม IC ร่วมกับทีม ENV และกรรมการบ้านพัก ร่วมกับเจ้าหน้าที่ทั้งที่ทำงาน และบ้านพัก มีการดำเนินการกิจกรรม 5 ส ทั้งในบ้านพัก และบริเวณรอบบ้านพัก กำจัดลูกน้ำยุงลายตามแนวทาง 0,3,7วันและต่อเนื่องทุกวันศุกร์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ตัดต้นไม้และจัดการความสะอาดบริเวณคูน้ำต่างๆ จนผลสำเร็จจากการติดตาม 1 เดือน ผลพบว่า ค่า HI = 37.5 ค่า CI = 4.81 และไม่มีผู้ป่วยไข้เลือดออกเพิ่ม อีกทั้ง รพ.ได้รับรางวัลองค์กรปลอดลูกน้ำยุงลาย ในปี 2559  **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | | |
| 1. ระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ | **4** | **D,I** | | -การพัฒนาบุคลากร ให้มีความพร้อม โดยวางแผน  ส่งอบรม ICN 4 เดือนในปี 63 จำนวน 1 คน  - วางแผนปรับระบบห้องแยกตามมาตรฐาน และ  ตรงกับบริบทของโรงพยาบาล  - พัฒนาการเผยแพร่ข้อมูล องค์ความรู้ ผ่านระบบ IT  - การวิเคราะห์ผลการใช้วัสดุ อุปกรณ์ ในการ  ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และสนับสนุนให้  พร้อมใช้อย่างเพียงพอ ได้มาตรฐาน และต่อเนื่อง  - วางแผนการให้ข้อมูล และเสริมพลังให้แก่  ครอบครัวในผู้ป่วยโรค HIV, ไวรัสตับอักเสบ บี และซี | | | | | |
| 1. การเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ | **3** | **A** | | - จัดทำแผนการเฝ้าระวังการติดเชื้อ และแพร่กระจาย  เชื้อในผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบ บี และซี ในกลุ่มผู้ป่วยที่  ใช้เข็ม  - วางแผนรายงานผลสถิติการติดเชื้อประจำเดือนผ่าน Google drive สรุปผลแบบ Real time  - การติดตาม/ นิเทศการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกัน ควบคุมการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ถูกต้อง 100% | | | | | |
| 1. การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป | **3** | **A,L** | | - การทบทวนคู่มือ/ Flow chart การดูแลผู้ป่วยในโรคที่เฝ้าระวังของโรงพยาบาลปีละครั้ง  - ดำเนินการฝึกอบรมความรู้เกี่ยวกับโรค และกิจกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องตามแผนที่กำหนดปีละ ๒ ครั้ง | | | | | |
| 1. การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะ | **1** | **L** | | - มีการประเมินมาตรการป้องกันและควบคุมการติด  เชื้อในกลุ่ม IDU เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค  HIV และ ไวรัสตับอักเสบ บี และซี โดยการรวบรวม  ข้อมูล และวิเคราะห์หาแนวทางป้องกัน แก้ไข รวมทั้ง  ทำแผนเสริมพลังผู้ป่วยร่วมกับ ศูนย์ลดอันตรายของโรงพยาบาล | | | | | |

**II-5 ระบบเวชระเบียน**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:**ความถูกต้อง สมบูรณ์ ทันเวลา มีเนื้อหาที่จำเป็น(สำหรับการสื่อสาร การดูแลต่อเนื่อง การประเมินคุณภาพ) ความปลอดภัย การรักษาความลับ | | | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | | **เป้าหมาย** | | **2558** | | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** |
| อัตราความสมบูรณ์เวชระเบียนผู้ป่วย | | 80% | | 83.49 | | 85.71 | 82.43 | 80.20 | 80.53 |
| อัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกรหัส ICD | | 90% | | 91.11 | | 95.57 | 93.37 | 89.26 | 93.33 |
| อัตราการค้นหาเวชระเบียนไม่พบใน 5 นาที | | **≤**1% | | 0.03 | | 0.026 | 0.04 | 0.08 | 0.063 |
| อัตราการร้องเรียนเรื่องการเปิดเผยประวัติของผู้ป่วย | | 0.00 | | 0.00 | | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| **ii. บริบท :** ระบบเวชระเบียนที่ใช้ประกอบการให้บริการทางด้านการแพทย์การพยาบาลและการดูแลรักษาด้านต่างๆซึ่งประกอบด้วยเวชระเบียนผู้ป่วยนอกเวชระเบียนผู้ป่วยในทั้งในส่วนที่เป็นเอกสารและข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ทั้งหมดมีการจัดเก็บเอกสารและข้อมูลที่เป็นระบบตรวจสอบได้มีความถูกต้องและมีความพร้อมใช้ของข้อมูลเอื้อประโยชน์ต่อผู้รับบริการผู้ให้บริการ  ปริมาณผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน:   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ประเภทผู้ป่วย** | **จำนวนผู้ป่วย** | | | | | | ปี 2558 | ปี 2559 | ปี 2560 | ปี 2561 | ปี 2562 | | ผู้ป่วยนอกมารับบริการ | 9,640 | 13,748 | 12,029 | 15,931 | 14,869 | | ผู้ป่วยใน | 1,033 | 1,004 | 1,491 | 1,572 | 1,472 |   ขอบเขตการใช้ digital technology ในระบบเวชระเบียน : ได้นำระบบโปรแกรม HOSxP โดยให้บริการตั้งแต่การลงทะเบียน การส่งตรวจการรักษา การสืบค้น การจัดเก็บรักษาข้อมูล และการติดตามแฟ้มเวชระเบียน  **iii. กระบวนการ**  II-5.1 ก. การวางแผนและออกแบบระบบ  (1) (2) การกำหนดเป้าหมาย การออกแบบระบบเวชระเบียน การประเมินส่วนขาด/ความซ้ำซ้อน/การไม่ได้ใช้ประโยชน์:   * แพทย์และพยาบาลสามารถจัดทำเวชระเบียนให้มีความครอบคลุม สามารถใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง * เวชระเบียนสื่อสารข้อมูลการรักษาได้ง่ายชัดเจน ง่ายต่อการประเมินผล เป็นหลักฐานทางกฎหมาย เป็นแหล่งข้อมูลสำหรับการศึกษา และวิจัย ใช้แนวทางการประเมินของ สปสช. ได้มาตรฐาน เป็นแนวทางเดียวกันทั้งโรงพยาบาล เข้าใจตรงกันภายในทีมสาขาวิชาชีพ มีการประชุมชี้แจงผลการตรวจประเมินเวชระเบียนให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ เพื่อวางแนวทางพัฒนาร่วมกัน * การออกแบบระบบเวชระเบียน ข้อมูลผู้รับบริการ ตรวจสอบสิทธิการรักษาต่าง ๆ โดยบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับบริการ การระบุรหัส ICD 10 และ ICD 9 CM (การให้รหัสกลุ่มโรคโดยเจ้าพนักงานเวชสถิติ) มีระบบข้อมูลที่สหสาขาวิชาชีพสามารถนำไปใช้ใน การวิเคราะห์และพัฒนาคุณภาพ มีการพัฒนาเวชระเบียนทั้งในแง่ของแบบฟอร์มและวิธีการบันทึกอย่างเป็นระบบ ตลอดจนพัฒนาการ เรียงเอกสารและการบันทึก สอดคล้องตามหลักของ สปสช. โดยมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกัน   (3) การประเมินการปฏิบัติตามนโยบายและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการบันทึกเวชระเบียน:  บุคลากรมีบัญชีผู้ใช้ระบบ HOSxPที่สามารถเข้าถึงเวชระเบียนในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ที่เป็นความลับ ส่วนบุคคล เพื่อสามารถ เข้าถึงข้อมูลได้ตรงตามระดับความต้องการใช้ บุคลากรที่เกี่ยวข้องเท่านั้นจึงจะมีสิทธิในการเข้าถึง /เพิ่ม/แก้ไข/ลบ/พิมพ์ ข้อมูลทะเบียน ประวัติส่วนตัวของผู้ป่วยได้ ใช้สัญลักษณ์และคำย่อที่เป็นมาตรฐานตามหลักสากลที่เข้าใจตรงกัน บันทึกข้อมูลสำคัญได้ครบถ้วนตรงตาม แบบฟอร์มมาตรฐาน แพทย์เป็นไปตามหลัก Progress Note ในผู้ป่วย Admit ทุก และพยาบาลมีการเขียนบันทึกทางการพยาบาล (Nurse Note) ทันทีเมื่อแรกรับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดคุณภาพและการเฝ้าระวังตามมาตรฐาน พยาบาลต้องลงชื่อให้ชัดเจน อ่านออก ระบุตำแหน่ง วันที่และเวลาที่รับคำสั่ง ช่วยลดการผิดพลาดในการสื่อสาร การรับรอง คำสั่งการรักษาด้วยวาจา ปฏิบัติตามแนวทางที่ตกลงกัน โดยให้ลงวันที่และเวลาเมื่อรับคำสั่ง ชื่อผู้สั่ง ให้ชัดเจน ให้ แพทย์รับทราบอีกครั้ง เพื่อยืนยันความถูกต้องมีการเซ็นรับคำสั่งตามปกติ ติดตามแพทย์เซ็นกำกับคำสั่งภายใน 24 ชั่วโมง  รหัสการวินิจฉัยโรคและรหัสหัตถการเป็นมาตรฐาน โดยใช้หลักเกณฑ์ของ WHO มีเจ้าพนักงานเวชสถิติรับผิดชอบโดยตรง บันทึกข้อมูลลงคอมพิวเตอร์มีการลงรหัสให้แล้วเสร็จภายใน 7 วันหลังจากที่แพทย์สรุป มีการตรวจสอบเวชระเบียนและแก้ไขเพิ่มเติมให้ ถูกต้องครบถ้วนอีกครั้งในรายไตรมาส เวชระเบียนผู้ป่วยนอก มีการลงรหัสโรคผ่านระบบ HOSxPภายใน 1 วัน  (4) การประมวลผลจากเวชระเบียนและการนำข้อมูลที่ประมวลได้ไปใช้:   * สรุปผลการจัดทำรายงานเป็นสถิติเกี่ยวกับข้อมูล จำนวนผู้รับบริการ รายงานผลการวินิจฉัยโรคและอุบัติการณ์การเกิดโรค เป็นรายเดือน รายไตรมาสและรายงานประจำปี แต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียน กำหนดให้มีการทบทวนการบันทึกเวชระเบียนอย่างต่อเนื่อง เดือนละ 1 ครั้ง รวมทั้งตรวจสอบ Medical Record Audit (MRA) ทำให้ในปี 2562 คุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยใน ส่วน Discharge Summary ร้อยละ 93.33 Discharge Summary ส่วนอื่น ร้อยละ 92.21 และคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ร้อยละ 90.03 ทั้งนี้พบประเด็นที่ ต้องปรับปรุง คือ การบันทึกการตรวจร่างกายในผู้ป่วยนอก และประเด็นคุณภาพการบันทึก Progress Note, Operative Note และการตรวจร่างกายในผู้ป่วยใน ได้ส่งข้อมูลต่อ ให้กับองค์กรแพทย์ คณะกรรมการ PCT ดำเนินการแก้ไขปรับปรุง   (5) การประเมินประสิทธิภาพของระบบบริหารเวชระเบียน:   * ปรับเอกสารให้มีความเหมาะสม เช่น แบบบันทึก Discharge Summary ใบบันทึกทางการพยาบาล ใบ Consultation Record ใบ Doctor เป็นต้น เพื่อประโยชน์ในการรักษา จัดให้มีระบบสำรองข้อมูลทั้งรูปแบบกระดาษและอิเลคทรอนิคส์ไฟล์ในระบบฐานข้อมูล เพื่อป้องกันการสูญหายของเวชระเบียน   II-5.1 ข. การรักษาความปลอดภัยและความลับ  (1) การจัดเก็บเวชระเบียน ความปลอดภัย:   * มีสถานที่จัดเก็บให้เหมาะสมสำหรับการจัดเก็บ แยกประวัติผู้ป่วยผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน แยกแฟ้มกลุ่มเจ้าหน้าที่โรคทั่วไปกับผู้ป่วยยาเสพติด ใช้งานง่าย ลดการชำรุด มีสถานที่เฉพาะเป็นสัดส่วน จำกัดการเข้าถึงเฉพาะบุคลากรงานเวชระเบียนเท่านั้น จัดเก็บเวชระเบียนทั้งรูปแบบกระดาษและอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ มีการจำกัดการเข้าออกทางเดียวป้องกันการสูญหาย เวลานอกเวลาราชการประตูมิดชิด ผลลัพธ์: อัตราการค้นหาเวชระเบียนไม่พบร้อยละ 0.063 และระยะเวลาในการดูประวัติการรักษาผู้ป่วยย้อนหลังรวดเร็วขึ้น จาก 30 นาที เหลือ 10-15 วินาที * การทำลายเวชระเบียนที่ไม่ได้ใช้งานเกิน 5 ปี งานเวชระเบียนจะทำการนับและตรวจสอบ ยื่นเอกสารขอทำลายต่องานสารบรรณ งานสารบรรณยื่นเอกสารขอทำลายเวชระเบียนไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา เพื่ออนุญาตทำลายเวชระเบียนต่อไป ไม่พบอุบัติการณ์การร้องเรียนเรื่องการเปิดเผยประวัติความลับของผู้ป่วย   (2) (3) การรักษาความลับของข้อมูลในเวชระเบียน:   * จำกัดการเข้าถึงเฉพาะบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้รับบัญชีผู้ใช้เฉพาะบุคคลให้สามารถเข้าถึงระดับข้อมูลที่แตกต่างกันผ่านระบบ HOSxPสร้างความตระหนักในการรักษาความลับของผู้ป่วย แพทย์และพยาบาล กำกับดูแลไม่ให้บุคลากรในทีมรักษาพยาบาลเปิดเผยข้อมูลหรือละเมิดสิทธิของผู้ป่วย * การเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย ให้ปฏิบัติตามแนวทางการขอประวัติผู้ป่วยของโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา คือ ให้ผู้ป่วยยื่นบัตรประจำตัวประชาชนเพื่อขอประวัติการรักษาด้วยตนเอง กรณีไม่สามารถมาด้วยตนเองให้มีหนังสือมอบอำนาจด้วย สำหรับบุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพที่ต้องการใช้ประวัติผู้ป่วยต้องแจ้งความจำนงต่องานเวชระเบียน ยืม-คืนผ่านระบบคอมพิวเตอร์ และกำหนดคืนชัดเจน สะดวกต่อการตรวจสอบและลดการสูญหาย   (4) การให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลของตนในเวชระเบียน:   * ให้ผู้ป่วยยื่นบัตรประจำตัวประชาชนขอประวัติการรักษาได้ด้วยตนเอง กรณีไม่สามารถมาด้วยตนเอง ให้ใช้บัตรประจำตัวประชาชน พร้อมหนังสือมอบอำนาจ ห้ามไม่ให้เปิดข้อมูลผู้ป่วยทางโทรศัพท์   II-5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย  (1) การออกแบบและมาตรการเพื่อให้บันทึกเวชระเบียนมีข้อมูลเพียงพอตามข้อกำหนด   * เวชระเบียนต้องประกอบด้วย ข้อมูลประจำตัวผู้ป่วย มีการระบุโรคประจำตัวและการแพ้ยาบันทึกการตรวจร่างกาย มีการวินิจฉัยโรคและการรักษา มีการเก็บประวัติการรักษาทั้งหมดไว้ เพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่เวชสถิติเป็นผู้ลงรหัสโรค โดยการวินิจฉัยจากแพทย์ที่ถูกตามหลัก WHO   (2) การทบทวนและปรับปรุงคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียน(ความสมบูรณ์ ความถูกต้อง การบันทึกในเวลาที่กำหนด):   * ปรับปรุงคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียนโดยระบบ Hospital Information System (HIS) จัดเก็บอิเลคทรอนิคส์ไฟล์ด้วยระบบ HosxPร่วมกับระบบงานเวชระเบียน ระบบงาน OPD และระบบติดตามของงานด้านยาเสพติด ทำให้มีความสมบูรณ์ และถูกต้องมากขึ้น   **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   * คุณภาพคะแนนความถูกต้องสมบูรณ์ของระบบข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (43 แฟ้ม) * การนำระบบงานเรื่องการสแกนเอกสารแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วย มาใช้เพื่อลดการใช้กระดาษ   **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | |
| 1. ระบบบริหารเวชระเบียน | **3.0** | |  | | **ลดระยะเวลาในการค้นหาเวชระเบียนกับการค้นหาเวชระเบียนไม่เจอ** | | | | |
| 1. การทบทวนและความสมบูรณ์ของการบันทึก | **3.0** | |  | | **พัฒนาคุณภาพการบันทึกประวัติ และการบันทึกการตรวจร่างกายผู้ป่วย** | | | | |

**II-6 ระบบการจัดการด้านยา**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:**ถูกต้อง ปลอดภัย ได้ผล ทันเวลา adherence ประสิทธิภาพ | | | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | | | | **2558** | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** |
| ผู้ป่วยนอก  อัตรา prescribing error  อัตรา transcription error  อัตรา pre-dispensing error  อัตรา dispensing error  อัตรา admin error | ไม่เกิน 1 ครั้ง : 1,000 ใบสั่งยา  ไม่เกิน 3 ครั้ง : 1,000 ใบสั่งยา  ไม่เกิน 10 ครั้ง : 1,000 ใบสั่งยา  ไม่เกิน 5 ครั้ง : 1,000 ใบสั่งยา  ไม่เกิน 1 ครั้ง : 1,000 ใบสั่งยา | | | | 0  0.38  3.86  0  0 | 0  0  5.02  0  0 | 0  0  11.2  0  0 | 5.16  4.39  0.99  0.98  0.49 | 3.40  2.31  0.79  0  0 |
| ผู้ป่วยใน  อัตรา prescribing error  อัตรา transcription error  อัตรา pre-dispensing error  อัตรา dispensing error  อัตรา admin error | ไม่เกิน 1 ครั้ง : 1,000 วันนอน  ไม่เกิน 3 ครั้ง : 1,000 วันนอน  ไม่เกิน 10 ครั้ง : 1,000 วันนอน  ไม่เกิน 5 ครั้ง : 1,000 วันนอน  ไม่เกิน 1 ครั้ง : 1,000 วันนอน | | | | 0.05  0.41  12.12  1.27  0.56 | 0.06  0.16  6.67  0.47  0.62 | 0.07  0.24  6.55  0.89  0.86 | 0.05  0.82  2.13  0.89  0.18 | 0.02  0.15  1.71  0.57  0.2 |
| จำนวนครั้งของการแพ้ยาซ้ำ | 0 | | | | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| อัตราการติดตามผู้ป่วยที่ได้รับยาในกลุ่ม antipsychotic drugs | 100% | | | | 95% | 98% | 98% | 100% | 100% |
| อัตราการเกิด ADR type A ในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยา antipsychotic | 0 | | | | 10 | 6 | 0 | 0 | 0 |
| **ii. บริบท :**โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลามีคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดซึ่งประกอบด้วยกรรมการจากสหสาขาวิชาชีพ 10 ท่าน ประชุมปีละ 2 ครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้อง ปลอดภัย เหมาะสมโดยมีหน้าที่ในการกำหนดทิศทาง ส่งเสริมและพัฒนาให้เกิดระบบการจัดการด้านยาที่มีประสิทธิภาพ กำหนดบัญชียาโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังทำหน้าที่ประเมินและติดตามการปฏิบัติตามนโยบาย งานบริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 1,009 ราย/เดือน งานบริการผู้ป่วยในเฉลี่ย2,486 ราย/เดือน มียาในบัญชียาหลักแห่งชาติ 130 รายการ ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ 16 รายการ  ยาที่ต้องระมัดระวังสูง:ยาที่ต้องระมัดระวังสูง:มีการกำหนดยา High Alert drugs 4 รายการ ได้แก่ Methadone Oral ,Adrenaline injection, Diazepam injection, Haloperidol injection เนื่องจากยา Methadone เป็นยาเสพติดให้โทษ ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดประเภทเฮโรอีน แต่มีโอกาสทำให้เกิด overdose และเกิด drug interaction กับยาหลายชนิดจึงวางระบบติดตามและเฝ้าระวังคู่ยาที่มีปฏิกิริยาต่อกัน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ได้มีแนวทางปฏิบัติในการใช้ยาและจัดทำคู่มือยา กลุ่ม High Alert Drugs ให้มีประจำทุกหน่วยงาน  **iii. กระบวนการ**  II-6.1 ก. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา  (1) การทำหน้าที่ของ PTC การบรรลุเป้าประสงค์ของระบบยา ประสิทธิภาพของการจัดการระบบยา:   * ปี 2558-2560 พบอุบัติการณ์ administration error ผู้ป่วยในเท่ากับ 0.56, 0.62 และ 0.86 ตามลำดับ ซึ่งเกินเป้าหมายที่กำหนด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้อง ปลอดภัย จึงได้มีการจัดทำโครงการพัฒนาระบบยาเพื่อลด administration error ในหอผู้ป่วย มีการจัดทำแนวทางในการแก้ปัญหา นิเทศและติดตามอย่างใกล้ชิด และวิเคราะห์ข้อมูลพร้อมทั้งส่งต่อข้อมูลให้ผู้ที่เกี่ยวข้องดำเนินการวางแนวทางป้องกัน ผลลัพธ์ปี 2561-2562 มีอัตราการเกิด admin error ลดลง เท่ากับ 0.18 และ 0.2ตามลำดับ   (2) การปรับปรุงบัญชียาครั้งสุดท้าย นโยบายสำคัญ จำนวนยาในบัญชี   * ปี 2560-2562โรงพยาบาลมีนโยบายส่งเสริมให้มีการใช้ยาสมุนไพรมากขึ้นและมีการเปิดคลินิกทันตกรรมเป็นครั้งแรก คณะกรรมการ PTC จึงมีการทบทวนรายการยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นต่อความต้องการทั้งบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยพิจารณาเพิ่มรายการยาจำนวน 17 รายการ และเพื่อให้การใช้ยาตามหลักการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ยาที่ขาดข้อมูลด้านประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และความคุ้มค่า ตัดยาบางรายการที่มีการใช้น้อย ออกจากบัญชียาโรงพยาบาลจำนวน 12 รายการ ผลลัพธ์ปี 2563 (ต.ค.62-พย.62) ความต้องการใช้ยานอกบัญชีโรงพยาบาลลดลงเหลือเดือนละ 1-2 รายการ จากเดือนละ 7-8 รายการ   (3) ผลการติดตามการปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน ME/ADEการตอบสนองเมื่อเกิด ME/ADE   * ปี 2562 พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนด้านการบริหารยา (Administration error) เกิดขึ้นในงานผู้ป่วยในคือ แพทย์สั่ง KCl elixir (6.67 mEq./5 ml.) ขนาด 30 cc. เที่ยง เย็น เช้าพรุ่งนี้ แต่ปรากฏว่ามื้อเที่ยงผู้ป่วยได้รับยาไปจำนวน 2 dose คือ 60 cc. เป็นความเสี่ยงทางคลินิกระดับ D ทำให้ต้องมีการติดตาม เฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดหากผู้ป่วยเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากระดับ K+ของผู้ป่วยเกินระดับปกติ จากการทบทวนสาเหตุเกิดจากผู้ปฏิบัติงานไม่ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการบริหารยา (หลักการบริหารยา 6 R) เพื่อปรับปรุงขบวนการการบริหารยาจึงได้มีการมีการทบทวนหลักการบริหารยา 6 R มีการตรวจสอบซ้ำโดยใช้เจ้าหน้าที่ 2 คนในการบริหารยาให้ผู้ป่วย และมีการควบคุมกำกับติดตามโดยหัวหน้าเวรอย่างสม่ำเสมอ ผลลัพธ์หลังจากมีการทบทวน อัตราการเกิด admin error ในระดับ D ลดลง=0   (4) ผลการติดตามการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงหรือต้องมีความระมัดระวังในการใช้สูง (HAD)   * ปี 2558 มีผู้ป่วย 1 ราย เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยากลุ่ม High Alert Drug เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงจึงได้นำมาเป็นกรณีศึกษาในการทบทวนและปรับปรุงแนวทางในการปฏิบัติในการใช้ยากลุ่ม High Alert Drug จากการทบทวนพบว่าการให้ข้อมูลประวัติการใช้สารเสพติดไม่ตรงกับความเป็นจริง และในระหว่างการบำบัดรักษามีการลักลอบนำสารเสพติดมาใช้ ทำให้เมื่อได้รับเมทาโดนขนาด 15 mg./วัน เกิดอาการ opioid overdose ทำให้เกิดการทบทวนแนวทางการซักประวัติ การสั่งใช้ยา การติดตามหลังการใช้ยา และการเตรียม antidote (naloxone) อุปกรณ์การช่วยฟื้นคืนชีพที่จำเป็นให้เพียงพอ พร้อมใช้และใช้เป็นในทุกหน่วยงานที่มีการสั่งจ่ายเมทาโดน ผลลัพธ์ ปี 2559-2562 ไม่พบอุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์รุนแรงจากการใช้ยากลุ่มกลุ่ม High Alert Drug   (5) ผลการดำเนินงานตามแผนงานใช้ยาสมเหตุผล (Rational Drug Use) และแผนงานดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ  (antimicrobial Stewardship) :   * ปี 2561 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (RI)ไม่เหมาะสม จำนวน 14 อุบัติการณ์เนื่องจากมีการสั่งใช้ยาโดยขาดความรู้ความเข้าใจการใช้ยาต้านจุลชีพ ผู้ป่วยมีความต้องการได้รับยาต้านจุลชีพ เพื่อให้การใช้ยาต้านจุลชีพอย่างสมเหตุสมผล จึงมีการรณรงค์ให้ความรู้เรื่องการใช้ยาต้านจุลชีพกับบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย ปรับปรุงแนวทางในการสั่งใช้ยาต้านจุลชีพ ปรับฉลากยาให้มีชื่อสามัญทางยาเป็นภาษาไทย มีการแก้ไขคำเตือนบนฉลากยา และเริ่มเก็บข้อมูลเป็นตัวชี้วัด เพื่อนำมาวิเคราะห์ ทบทวนหาสาเหตุ และดำเนินการแก้ไข ผลลัพธ์พบปี 2562 ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (RI) เท่ากับ 11.88ซึ่งผ่านเกณฑ์เป้าหมาย คือ <=20 ตามที่กำหนดไว้ของโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Hospital) กระทรวงสาธารณสุข   (6) การติดตามตัวชี้วัด การทบทวนวรรณกรรม การประเมินและปรับปรุงระบบจัดการด้านยา:   * ปี 2558-2559 จากการติดตามผู้ป่วยที่ได้รับ antipsychotic drug มีอาการข้างเคียง Extrapyramidal syndrome (EPS) เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการข้างเคียง จึงได้ทบทวนวรรณกรรมและฐานข้อมูลเกี่ยวกับยาและการบำบัด รวบรวมข้อมูลเสนอคณะกรรมการ PTC พิจารณาหลักเกณฑ์ในการจ่าย anticholinergic drug ควบคู่กับการจ่าย antiphychoticและในปี 2561 คณะกรรมการ PTC ได้พิจารณานำรายการยา Quetiapine เข้าบัญชียาโรงพยาบาลและกำหนดข้อบ่งชี้ในการใช้ยาและมีการติดตามผู้ป่วยทุกรายที่มีการใช้ Quetiapine ผลลัพธ์จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยปี 2562 ไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียง EPS ในผู้ป่วยนอก   II-6.1 ข. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน  (1) การฝึกอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ความสามารถ:   * ปี 2558-2560 พบอุบัติการณ์ administration error ผู้ป่วยในเท่ากับ 0.56, 0.62 และ 0.86 ตามลำดับ ซึ่งเกินเป้าหมายที่กำหนด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาปลอดภัย จึงได้มีการให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับระบบยาแก่บุคลากรทางการแพทย์ทั้งเก่าและใหม่ทุกราย จัดให้มีการอบรมและทบทวนความรู้ แนวทางปฏิบัติด้านยาที่เป็นปัจจุบันแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งการให้ความรู้ข้อมูลข่าวสารด้านยาที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบันผ่านระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล หรือผ่านระบบ line ผลลัพธ์ปี 2561-2562 มีอัตราการเกิด admin error ลดลง เท่ากับ 0.18 และ 0.2 ตามลำดับ   (2) การเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย:   * เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ทุกท่าน สามารถเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละรายที่จำเป็นในการพิจารณาการใช้ยาอย่างสมเหตุผล รพ.ได้ปฏิบัติตามระบบงานที่มีมาตรการต่อไปนี้   (1) มีการนำโปรแกรม HOSxPซึ่งเป็นโปรแกรมที่ทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน  (2) มีการกำหนดสิทธิของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการเข้าถึงข้อมูลตามความจำเป็นและการใช้งาน  **ผลลัพธ์** ปี 2559-2562 ไม่พบอุบัติการณ์การถูกจำกัดสิทธิ์การเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็น  (3) การเข้าถึงข้อมูลยาที่จำเป็น:   * เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ได้รับข้อมูลยาที่จำเป็นได้อย่างถูกต้อง จึงได้มีการจัดประชุมและทบทวนรายการยาที่เหมาะสมและจำเป็นต่อผู้ป่วย อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง จัดทำคู่มือวิธีบริหารยาและความ คงตัวของยาฉีด ปรับฉลากยาให้มีชื่อสามัญทางยาเป็นภาษาไทย มีการแก้ไขคำเตือนบนฉลากยา มีการนำระบบ QR code มาใช้กับฉลากยา บริการให้คำปรึกษาด้านยา **ผลลัพธ์**ปี 2559-2562 ไม่พบอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนบุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้รับข้อมูลยาที่จำเป็นอย่างถูกต้อง   (4) ระบบคอมพิวเตอร์สนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยา การส่งสัญญาณเตือน:   * เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้ยา การป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดการแพ้ยาซ้ำ การสั่งใช้ยาที่เป็นคู่ยาที่ทำให้เกิด drug interaction จึงมีการเฝ้าระวังโดยนำโปรแกรมHOSxPมาใช้โดยมีข้อความแจ้งเตือน แบบ pop up ประวัติการแพ้ยา ทั้งชื่อยาและอาการที่แพ้ยา ผลที่เกิดขึ้นหากมีการใช้ยาที่เป็นคู่ยาที่ทำให้เกิด drug interaction**ผลลัพธ์**ปี 2559-2560 ไม่พบอุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำ   **ผลลัพธ์**ปี 2561 พบอุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำ 1 ราย (ผู้ป่วยปฏิเสธการแพ้ยาที่ OPD แต่แจ้งแพ้ยาที่ตึกหลังจากทานยาไปแล้ว 1 มื้อ)  **ผลลัพธ์**ปี 2562 พบอุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำ 1 ราย (ผู้ป่วยแจ้งแพ้ Penicillin แพทย์สั่งจ่าย Amoxicillin แต่ระบบไม่ได้ ลง lock กลุ่มไว้ ทำให้ระบบไม่แจ้งเตือน ทราบหลังจากผู้ป่วยทานยาไป 1 มื้อ)  เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจึงมีการวางระบบเฝ้าระวัง ดังนี้ (1)ทบทวนการลงข้อมูลแพ้ยาในโปรแกรม HOSxP เพื่อให้มีการแจ้งเตือนทันที (2) มีการกำกับติดตามให้ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติโดยตรวจสอบการบันทึกข้อมูลการแพ้ยาของผู้ป่วยจากทั้งเอกสารและระบบคอมพิวเตอร์  (5) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพเกี่ยวกับการใช้ยา:   * ปี 2558 - 2560 มีข้อจำกัดด้านพื้นที่ในการปฏิบัติงานไม่เพียงพอกับปริมาณของผู้ป่วยและปริมาณงานที่เพิ่มขึ้น เพื่อให้สิ่งแวดล้อมทางกายภาพมีความเหมาะสม มีพื้นที่เพียงพอ ในปี 2561-2562 หลังจากตึกโอพีดีหลังใหม่เสร็จพร้อมใช้งาน จึงมีการย้ายห้องจ่ายยาไปยังตึกหลังใหม่ ทำให้มีพื้นที่กว้างขวาง เพียงพอ และเหมาะสมกับการปฏิบัติงาน ทั้งงานบริการ งานผลิต และงานบริหารเวชภัณฑ์   II-6.1 ค. การจัดหาและเก็บรักษายา  (1) การจัดหายา:   * ปี 2561 พบอุบัติการณ์ยาขาด 1 รายการ ได้แก่ Ibuprofen 400 mg เนื่องจากเคมีภัณฑ์ขาด เพื่อให้มียาเพียงพอ พร้อมใช้ จึงได้มีการแก้ไขเบื้องต้นโดยการแจ้งผู้สั่งใช้ยาทราบ ให้ใช้หรือจ่ายยาอื่นทดแทน คือ Naproxen 250 mg. หรือ Diclofenac 25 mg. มีการกำหนดแนวทางในการจัดหายา คือ ให้ทำการจัดซื้อยาจากร้านยาในกรณีต้องการยาเร่งด่วน และประสานโรงพยาบาลใกล้เคียงเพื่อยืมยา ผลลัพธ์ปี 2562 ไม่พบอุบัติการณ์ยาขาด   (2) การเก็บสำรองยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัย:   * เพื่อป้องกันเข้าถึงยา Methadone ซึ่งเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 2 โดยผู้ไม่มีอำนาจหน้าที่ จึงได้ทบทวนเก็บรักษายา Methadone ตามมาตรฐาน โดยกำหนดให้ยา Methadone ถูกเก็บรักษาในตู้ที่มีกุญแจล็อคแน่นหนา มีการระบุผู้รับผิดชอบรักษากุญแจอย่างชัดเจน และมีการสุ่มตรวจการเก็บรักษายา Methadoneทุกเดือน ผลลัพธ์ ปี 2558-2562 ไม่พบอุบัติการณ์ยา Methadone สูญหาย   (3) การจัดให้มียา/เวชภัณฑ์ฉุกเฉินในหน่วยดูแลผู้ป่วย:   * เพื่อให้มียาและเวชภัณฑ์ฉุกเฉินที่จำเป็นในหน่วยดูแลผู้ป่วยต่างๆ เพียงพอ พร้อมใช้ จึงได้มีการจัดทำกล่องยา Emergency box พร้อมให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่เพื่อให้สามารถใช้ได้อย่างถูกต้องจากเดิมการสำรองยาฉุกเฉินมีการเก็บสำรองอย่างไม่เป็นระบบ ตรวจสอบยาก มีปัญหาเรื่องจำนวนยาไม่ครบรายการ ยาหมดอายุโดยไม่มีการเบิกใหม่มาสำรอง จำนวนไม่เพียงพอสำหรับในการช่วยชีวิตเบื้องต้น จึงมีการประชุมเพื่อจัดหาแนวทางเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว จึงมีการจัดทำกล่องยา Emergency box ขึ้นมา สำหรับหอผู้ป่วยทุกตึก จัดเก็บไว้บนรถ Emergency ในหอผู้ป่วย โดยภายในกล่องประกอบด้วย   1.Adrenaline inj. 1 mg/ml. จำนวน 10 amp.  2.Atropine sulfate inj. 0.6mg/ml. จำนวน 3 amp.  3.50% Dextrose inj. 50 ml. จำนวน 3 amp.  4.Sodium bicarb inj. 7.5% 50 ml. จำนวน 3 amp.  5.Diazepam inj. 5 mg/ml in 2 ml. จำนวน 3 amp.  6.Benztropinemesylate inj. 1 mg/ml. in 2 ml. จำนวน 5 amp.  ทำให้การจัดเก็บยาช่วยชีวิตเป็นระบบมากขึ้น มียาสำรองใช้ และมีความสะดวกพร้อมใช้ ทันเวลา และมีการให้ความรู้เจ้าหน้าที่เพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย **ผลลัพธ์** ปี 2558 -2562 ไม่พบอุบัติการณ์ยาและเวชภัณฑ์ฉุกเฉินที่จำเป็นในหน่วยดูแลผู้ป่วยต่างๆ ไม่เพียงพอหรือไม่พร้อมใช้  (4) การจ่ายยาเมื่อห้องยาปิด:   * การบริการห้องจ่ายยาโรงพยาบาลให้บริการตั้งแต่เวลา 8.30-16.30น. นอกเวลาราชการหากมีความจำเป็นต้องใช้ยา ทางกลุ่มงานเภสัชกรรมจะมีเวรปฏิบัติงานนอกเวลาราชการตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน   (5) การจัดการกับยาที่ส่งคืนมาห้องยา:   * - ยาที่ส่งคืนจากหอผู้ป่วย กรณีที่เป็นยาเม็ดเปลือยรับคืนมาไม่มีการนำไปใช้ต่อ จะนำไปทำลาย   - กรณีเป็นยาที่เป็น foil ห้องยารับคืนมา (โดย foil ยังอยู่ในสภาพสมบูรณ์) และนำไปใช้สำหรับผู้ป่วยรายต่อไป  - กรณียาที่เป็นยาเม็ดเปลือย ห้องยาจะพยายามปรับเปลี่ยนจากยาเม็ดเปลือยให้เป็น foil เพื่อลดการสูญเสียและง่ายต่อการเก็บรักษา ที่ได้ดำเนินการไปแล้ว เช่น ยา Lorazepam 1 mg. Haloperidol ทุกความแรงBrufen 400 mg.Perphenazine 8 mg.  II-6.2 ก. การสั่งใช้และถ่ายทอดคำสั่ง  (1) การเขียนคำสั่งใช้ยาและถ่ายทอดคำสั่งเพื่อการใช้ยาที่ถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย:   * เพื่อป้องกันการเกิด Prescribing Error คณะกรรมการ PTC จึงมีนโยบายเน้นการใช้ชื่อสามัญทางยาเป็นหลัก ระบุขนาดยา วิธีการใช้ยา และจำนวน/ปริมาณ ยาที่ชัดเจน อนุญาตให้ใช้คำย่อตามบัญชีคำย่อในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังมีแนวทางปฏิบัติต่างๆ เกี่ยวกับการเขียนคำสั่งยา เช่น แนวทางปฏิบัติเรื่องเฝ้าระวัง คู่ยาที่มีปฏิกิริยาระหว่างยา จัดให้มีการอบรมและทบทวนความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับระบบยาและแนวทางปฏิบัติด้านยาที่เป็นปัจจุบัน แก่บุคลากรทางการแพทย์ใหม่ทุกราย จากการกำกับติดตามต่อเนื่อง แพทย์ปฏิบัติตามนโยบาย ผลลัพธ์ปี 2558-2562 อุบัติการณ์ prescribing error ของผู้ป่วยในไม่เกินเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด   (2) medication reconciliation:   * มีการประสานยาเดิมจากผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาต่อเนื่องและเชื่อมโยงในแต่ละขั้นตอนของการรักษาโดยการทำงานต้องทำงานร่วมกันเป็นทีมสหวิชาชีพเพื่อเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยในด้านความปลอดภัยในการใช้ยา ปัญหาที่เกิดขึ้นคือ ยังมีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นในขบวนการทำMedication reconciliation ดังแสดงในตาราง  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | รายการ | 2560 | 2561 | 2562 | | ความคลาดเคลื่อนในขบวนการ Medication reconciliation (ครั้ง) | 1 | 6 | 1 |   โดยความคลาดเคลื่อนดังกล่าวเช่น การระบุรายละเอียดในแบบบันทึก Medication reconciliation ไม่ครบถ้วน และการบันทึกมีความคลาดเคลื่อน จึงได้มีการทบทวนการเขียนแบบบันทึก Medication reconciliation เพื่อให้ข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วนในปี 2559 ได้มีการจัดทำตราปั้ม “no med reconcile” สำหรับปั้มในใบ doctor order sheet เพื่อเป็นการยืนยันว่าได้มีการสอบถามยาเดิมในผู้ป่วยทุกราย ผลลัพธ์ปี 2562 ผู้ป่วยทุกรายได้รับยาต่อเนื่องครบถ้วนและพบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการกรอกแบบฟอร์ม Medication reconciliation ลดลง พบเพียง 1 ราย  (3) ถ้ามีการสั่งจ่ายยาผ่านระบบคอมพิวเตอร์ใช้ (Computerized Physician Order Entry;CPOE)ระบบมีฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบันที่ช่วยสนับสนุนการตัดสินใจ:   * มีการนำระบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์ HOSxPมาใช้สำหรับสนับสนุนการตัดสินใจของแพทย์ในการสั่งใช้ยา เพื่อป้องกัน ไม่ให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เกิดอันตรกิริยาต่อกัน (Fatal Drug Interaction) และป้องกันการแพ้ยาซ้ำ นอกจากนี้คณะกรรมการ PTC ทบทวนและแก้ไขปรับปรุงฐานข้อมูลยาที่เกิดอันตรกิริยาต่อกัน (Fatal Drug Interaction) และข้อมูลการแพ้ยาของผู้ป่วยในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ HOSxPให้ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน ปี 2558-2562 ไม่พบอุบัติการณ์แพทย์สั่งใช้ยาที่เป็น fatal drug interaction   II-6.2 ข. การเตรียม เขียนฉลาก จัดจ่าย และส่งมอบยา  (1) การทบทวนคำสั่งใช้ยา:   * ปี 2562 คณะกรรมการ PTC มีการทบทวนรายการยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นต่อความต้องการทั้งบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยพิจารณาเพิ่มรายการยาจำนวน 17 รายการ และเพื่อให้การใช้ยาตามหลักการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ยาที่ขาดข้อมูลด้านประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และความคุ้มค่า ตัดยาบางรายการที่มีการใช้น้อย ออกจากบัญชียาโรงพยาบาลจำนวน 12 รายการ ผลลัพธ์ปี 2563 (ต.ค.62 - พย.62)ความต้องการใช้ยานอกบัญชีโรงพยาบาลลดลงเหลือเดือนละ 1-2 รายการ จากเดือนละ 7-8 รายการ   (2) การจัดเตรียมยา:   * เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาเตรียมที่สะอาดปลอดภัย ไม่มีการปนเปื้อนทางกายภาพ จึงได้มีการกำหนดมาตรฐานการทำความสะอาดบริเวณผลิตก่อน-หลังกระบวนการผลิตยา มีมาตรฐานการล้างมือก่อนผลิต มีมาตรฐานการทำความสะอาดอุปกรณ์ภาชนะที่ใช้ในการผลิตและการบรรจุ มาตรฐานความสะอาดในกระบวนการผลิตทุกขั้นตอน มีการทบทวนมาตรฐานดังกล่าวให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ผลลัพธ์ปี 25560-2562 ไม่พบอุบัติการณ์ยาที่ผลิตมีการปนเปื้อนทางกายภาพและถูกส่งคืนกลุ่มงานเภสัชกรรม   (3) การติดฉลากยา:   * ปี 2558-2560 พบอุบัติการณ์ administration error ผู้ป่วยในเท่ากับ 0.56, 0.62 และ 0.86 ตามลำดับ ซึ่งเกินเป้าหมายที่กำหนด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้อง ปลอดภัย จึงได้มีการจัดทำโครงการพัฒนาระบบยาเพื่อลด administration error ในหอผู้ป่วยโดยการปรับปรุงฉลากยาเป็น 1 ในแนวทางแก้ปัญหา คือ(1) กรณียาตัวใดที่มีการสั่งใช้ 1x3 pc และก่อนนอน ในยาตัวเดียวกัน เวลาจัดยาให้แยกซองยาก่อนนอนไว้ต่างหาก 2.กรณีมีตัวยาที่ต้องจ่ายครั้งละ ครึ่ง เม็ด หรือมากกว่า 1 เม็ด ให้ทำสัญลักษณ์ตรงตัวเลขหน้าซองยาให้เป็นที่สังเกตชัดเจนในปี 2561กลุ่มงานเภสัชกรรมร่วมกับงานเทคโนโลยีสารสนเทศ ได้มีการพัฒนาฉลากยาเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use (RDU)) กำหนดให้ควรมีชื่อภาษาไทยกำกับไว้บนฉลากยา มีคำเตือนครบถ้วน และมีฉลากยาเสริมพร้อมให้สำหรับผู้ป่วยที่ควรได้รับข้อมูลเพิ่มเติม โดยการนำระบบ QR code มาใช้กับฉลากยา ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและปฏิบัติตัวในการใช้ยาได้ถูกต้องมากขึ้นระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 75เป็นร้อยละ 80.4   (4) การส่งมอบยาให้หน่วยดูแลผู้ป่วย:   * ปี 2558 และ ปี2560-2561 จากการรายงานอุบัติการณ์พบว่ามีอัตรา dispensing error ผู้ป่วยในเท่ากับ 1.27, 0.89 และ 0.89 ตามลำดับ ซึ่งเกินเป้าหมายที่กำหนด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้อง ครบถ้วน จึงมีนำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์หาสาเหตุ พร้อมทั้งได้ทบทวนแนวปฏิบัติในการจัด-จ่ายยา และนิเทศติดตามโดยหัวหน้างานอย่างใกล้ชิด ผลลัพธ์ ปี 2562 อัตรา dispensing error เท่ากับ 0.57 ซึ่งมีแนวโน้มลดลงแต่ยังเกินเกณฑ์ จึงมีแผนทบทวนแนวปฏิบัติโดยเพิ่มขั้นตอนการตรวจสอบซ้ำอีกครั้งก่อนส่งมอบ (triple check) ให้หน่วยบริการพร้อมทั้งให้บุคลากรทุกท่านหมุนเวียนหน้าที่ปฏิบัติงาน เพื่อเพิ่มพูนความชำนาญในทุกกระบวนการจัดจ่ายยา   (5) การส่งมอบยาให้แก่ผู้ป่วย:   * เพื่อให้ผู้ป่วยนอกเข้าใจวิธีการรับประทานยาอย่างถูกต้องตามฉลาก จึงมีแนวทางการจ่ายยาผู้ป่วยนอก และมีกระบวนการจ่ายยาตามเกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมด้านการบริบาลทางเภสัชกรรม พ.ศ. 2554 นอกจากนี้มีมีคำเตือนครบถ้วน และมีฉลากยาเสริมพร้อมให้สำหรับผู้ป่วยที่ควรได้รับข้อมูลเพิ่มเติม โดยการนำระบบ QR code มาใช้กับฉลากยา ทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและปฏิบัติตัวในการใช้ยาได้ถูกต้องมากขึ้นในปี 2561ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 75เป็น ร้อยละ 80.4   II-6.2 ค. การบริหารยา  (1) การบริหารยาการใช้แบบบันทึกการให้ยา(Medication Administration Record;MAR)การตรวจสอบซ้ำ:   * ปี 2560 มีอุบัติการณ์บริหารยาผู้ป่วยในผิดคน จำนวน 2 ราย เนื่องจากเจ้าหน้าที่ไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการจัดแจกยาในส่วนของการบันทึกการให้ยาและการสื่อสาร (ใบ MAR) คือ ไม่ได้ใช้ใบ MAR ในการจัดแจกยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้อง จึงทบทวนแนวปฏิบัติเรื่องการจัดแจกยาให้ผู้ป่วย คือ เจ้าหน้าที่จัดยาให้จัดยาตามหน้าซองยา ส่วนเจ้าหน้าที่อีกท่านก่อนแจกยาให้ตรวจสอบยากับใบ MAR ทุกครั้งมีการนิเทศ ติดตาม และสุ่มตรวจการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่รายบุคลโดยหัวหน้าเวรหรือหัวหน้างาน ผลลัพธ์ ปี 2561-2562 ไม่พบอุบัติการณ์บริหารยาผิดคน   (2) การให้ความรู้ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย/ครอบครัว:   * กรณีผู้ป่วยที่ได้รับ antipsychotic การมีส่วนร่วมของญาติและครอบครัวในการดูแลเรื่องการกินยาของผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากบางครั้งผู้ป่วยยังมีอาการทางจิตไม่สามารถดูแลตัวเองได้ การให้ญาติมีส่วนร่วมในการรับรู้เรื่องยาของผู้ป่วย ในขณะแนะนำและให้คำปรึกษากับผู้ป่วยจำเป็นต้องมีญาติร่วมฟังด้วยทุกครั้ง เพื่อให้ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยในเรื่องการกินยาได้อย่างถูกต้อง จากการเก็บข้อมูลในการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยในกลุ่ม antipsychotic พบว่าผู้ป่วยบางรายไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบต้องอาศัยข้อมูลจากญาติ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็นในการรักษาได้อย่างเต็มที่ผลลัพธ์ 2558-2562 ผู้ป่วยที่ไม่สามารถกินยาเองได้มีครอบครัวดูแลและรับรู้เรื่องการกินยาของผู้ป่วยทุกราย   (3) การติดตามผลการใช้ยา:   * ในปี 2558 สามารถติดตามผู้ป่วยที่ได้รับยา antipsychotics ได้ จำนวน 95 % พบผู้ป่วยที่เกิด ADR type A จากยาในกลุ่มนี้ จำนวน 10 % ต่อมาในปี 2559 จึงได้มีการปรับการสั่งใช้ยาที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อลดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา จากการติดตามผู้ป่วยที่ได้รับยา antipsychotics ได้ จำนวน 98 % พบผู้ป่วยที่เกิด ADR type A จากยาในกลุ่มนี้ จำนวน 6 % ในปี 2561-2562 สามารถติดตามผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่ม antipsychotics ตัว Quetiapine ซึ่งเป็นยาเข้าใหม่ของโรงพยาบาลได้ จำนวน 100 % ผลลัพธ์ไม่พบผู้ป่วยเกิด ADR type A   (4) การจัดการกับยาที่ผู้ป่วยนำติดตัวมา:   * เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาเดิมของผู้ป่วยและยาตามแผนการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน จึงทบทวนให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติเรื่อง Medication reconciliation และคู่ยาที่เกิดอันตรกิริยาต่อกัน (Fatal Drug Interaction)ทั้งข้อมูลรายการยา อาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น และการติดตามเฝ้าระวัง ให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกปีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มีการตรวจสอบยาที่ผู้ป่วยนำติดตัวมาและประวัติการได้รับยาของผู้ป่วย นำข้อมูลมาพิจารณาเลือกใช้ยาให้เหมาะสมกับแผนการบำบัดรักษาของผู้ป่วยในปัจจุบัน ผลลัพธ์ ปี 2559-2562 ไม่พบอุบัติการณ์การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาเดิมของผู้ป่วยและยาตามแผนการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน   **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   * การจัดทำคู่มือการบริหารยาฉีดที่มีในโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา * CQI ปี 2560 พัฒนาระบบยาเพื่อลด Administration error * ปี 2561 มีการ “พัฒนาข้อมูลบนฉลากยา” ร่วมกับงานเทคโนโลยีสารสนเทศ * นำระบบคอมพิวเตอร์ HOSxPในการเข้าถึงข้อมูลเฉพาะของผู้ป่วยและการแจ้งเตือนการแพ้ยาและคู่ยา   ที่เกิดอันตรกิริยาต่อกัน รวมทั้ง food-drug interaction   * ระบบการประสานยาเดิมของผู้ป่วย แพทย์ พยาบาลให้ความสำคัญกับประวัติการใช้ยาเดิมของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยในการใช้ยามากขึ้น * คู่มือ/อบรมการให้ความรู้ยาในกล่องยาฉุกเฉิน “Emergency box” * จัดทำบัญชียาโรงพยาบาล * ปรับปรุงคู่มือ High alert drug (HAD) * ปรับปรุงแนวปฏิบัติป้องกันการแพ้ยาซ้ำ * การปรับปรุงแนวปฏิบัติในการเบิกเมทาโดนของผู้ป่วยใน   **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | | **Score** | **DALI Gap** | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | | |
| 1. การกำกับดูแลการจัดการด้านยา | | 3 | I | พัฒนาระบบการส่งเสริมการใช้ยาที่เหมาะสมและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและการเสริมพลังผู้ป่วย | | | | | |
| 1. สิ่งแวดล้อมสนับสนุน การจัดหาและเก็บรักษายา | | 3 | I | พัฒนาและปรับปรุงระบบบริหารเวชภัณฑ์อย่างเป็นระบบ | | | | | |
| 1. การสั่งใช้ยาและการถ่ายทอดคำสั่ง | | 3 | I | พัฒนาระบบทบทวนเพื่อให้เกิดการสั่งใช้ยาอย่างเหมาะสม | | | | | |
| 1. การทบทวนคำสั่ง เตรียม เขียนฉลากจัดจ่าย และส่งมอบยา | | 3 | I | พัฒนาระบบทบทวนเพื่อให้เกิดการใช้  ยาอย่างเหมาะสม | | | | | |
| 1. การบริหารยาและติตตามผล | | 3 | I | การใช้ IT ในการบริหารยาและพัฒนาระบบการติดตามการใช้ยาในกลุ่ม antipsychotic/ยาใหม่ | | | | | |

**II-7.1 บริการรังสีวิทยา/ภาพการแพทย์(ไม่มีบริการ)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ:**คุณภาพฟิล์ม ปลอดภัย ถูกต้อง รวดเร็ว | | | | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | | | **ปี…** | | **ปี…** | **ปี…** | **ปี…** | **ปัจจุบัน** |
|  |  | | |  | |  |  |  |  |
|  |  | | |  | |  |  |  |  |
|  |  | | |  | |  |  |  |  |
|  |  | | |  | |  |  |  |  |
|  |  | | |  | |  |  |  |  |
| **ii. บริบท**  ขอบเขตบริการ (ในเวลา นอกเวลา การส่งตรวจภายนอก):  การตรวจพิเศษ/การทำ intervention ทางรังสี:  จำนวนเจ้าหน้าที่รังสีเทคนิค/เจ้าหน้าที่ถ่ายภาพรังสี (ปริญญา/ต่ำกว่าปริญญา):  จำนวนรังสีแพทย์:  เทคโนโลยีสำคัญ:  **iii. กระบวนการ**  II-7.1 ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ  (1) การวางแผนและจัดบริการ:  (2) ทรัพยากรบุคคล:  (3)(4) พื้นที่ใช้สอย เครื่องมืออุปกรณ์ การตรวจสอบจากหน่วยงานตามกฎหมาย:  (5) ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทางรังสีวิทยา:  (6) คุณภาพของบริการที่ส่งตรวจภายนอก:  (7) การสื่อสารกับแพทย์ผู้ส่งตรวจ:  II-7.1 ข. การให้บริการรังสีวิทยา  (1) คำขอส่งตรวจ:  (2) การให้ข้อมูลและเตรียมผู้ป่วย:  (3) การให้บริการในเวลาที่เหมาะสม:  (4) การดูแลระหว่างได้รับบริการ:  (5) กระบวนการถ่ายภาพรังสี:  (6) การแสดงข้อมูลสำคัญบนภาพรังสี:  (7) การแปลผลภาพรังสี:  II-7.1 ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย  (1) ความปลอดภัยของผู้ป่วย:  (2) การจัดการเพื่อป้องกันอันตรายจากรังสี:  (3) ระบบบริหารคุณภาพ:  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | | **Score** | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | |
| 1. บริการรังสีวิทยา/ภาพการแพทย์ | |  |  | |  | | | | |

**II-7.2 บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ:**ถูกต้อง แม่นยำ รวดเร็ว ปลอดภัย | | | | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | | **เป้าหมาย** | | **2558** | | **2559** | **2560** | 2561 | **2562** |
| 1.อัตราการชี้บ่งสิ่งส่งตรวจถูกต้อง ครบถ้วน | | 100 | | N/A | | N/A | 95.55 | 94.41 | 96.08 |
| 2.อัตราการรายงานผลถูกต้อง ถูกคน ถูกราย | | 100% | | N/A | | N/A | 99.84 | 99.25 | 99.34 |
| 3.ผล IQC ถูกต้อง ครบถ้วนและอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ | | ≥90% | | 100 | | 100 | 100 | 95.10 | 93.33 |
| 4. เครื่องมือสำคัญได้รับการสอบเทียบ และ ผ่านเกณฑ์การสอบเทียบตามระยะเวลา | | ≥90% | | 100 | | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 5. ระยะเวลารายงานผลแลปวิกฤติ ภายในเวลาที่กำหนด | | ≥90% | | 100 | | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 6. ร้อยละการติดตามค่าวิกฤติ และได้รับการแก้ไขจากแพทย์ | | 100 | | 100 | | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 6. อัตราความพึงพอใจผู้รับบริการ  (แยกตามกลุ่มผู้รับบริการ)  - พยาบาล  - แพทย์ | | ≥80% | | 80.77  N/A | | 84.0  80.0 | 84.0 | 84.0 | 87.0 |
| 7. จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติการณ์ ขณะปฏิบัติงาน | | 0ครั้ง | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **ii. บริบท**  ขอบเขตบริการ (ในเวลา นอกเวลา การส่งตรวจภายนอก): เปิดให้บริการในเวลาราชการตั้งแต่เวลา 08.30-16.30 น นอกเวลาราชการ/วันหยุดราชการ : On callและให้บริการส่งต่อห้องปฏิบัติการภายนอก กรณีไม่มีเปิดบริการ  จำนวนผู้ทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ปริญญา/ต่ำกว่าปริญญา): นักเทคนิคการแพทย์จำนวน 2 คน , เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำนวน 1 คน  **iii. กระบวนการ**  II-7.2 ก. การวางแผน ทรัพยากร และการจัดการ  (1) การวางแผนและจัดบริการ:   * เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการป้องกันความผิดพลาดจากการให้บริการผู้รับบริการได้รับผลการตรวจที่ถูกต้อง รวดเร็ว และแม่นยำ จึงได้มีการวางแผนการจัดบริการ ดังนี้ (1)**กระบวนการก่อนการวิเคราะห์** หน่วยงานมีการจัดทำคู่มือการให้บริการทางห้องปฏิบัติการเพื่อเป็นแนวทางในการเก็บตัวอย่าง และมีการประกาศเกณฑ์ในการปฏิเสธตัวอย่างที่ชัดเจน (2) **กระบวนการตรวจวิเคราะห์** ใช้หลักการตรวจที่เป็นวิธีมาตรฐาน มีการทบทวนวิธีการตรวจ ปีละ 1 ครั้ง ก่อนการตรวจวิเคราะห์ใช้สารควบคุมคุณภาพ(QC) อย่างน้อย 2 ระดับ พร้อมทั้งบันทึก(Worksheet) สำหรับการทวนสอบข้อมูลผู้ป่วยและ ผลการตรวจ (3**) กระบวนการหลังการตรวจวิเคราะห์** รายงานผ่านระบบ HosxPในผู้ป่วยรายที่มีผลการตรวจผิดปกติ มีการแสดง Popup เพื่อแจ้งเตือน พร้อมทั้งการโทรศัพท์เพื่อรายงานค่าวิกฤติโดยตรง และมีการติดตาม และทำซ้ำ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี สามารถรายงานผลการตรวจได้ถูกต้อง และทันเวลาทุกราย * เพื่อตอบสนองโอกาสพัฒนาเรื่อง ความถูกต้อง แม่นยำในการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ จึงวางแผนต่อเนื่องโดยเริ่มตั้งแต่กระบวนการก่อนการตรวจวิเคราะห์ โดยการจัดทำโครงการพัฒนาคุณภาพเพื่อลดความผิดพลาดในกระบวนการตรวจวิเคราะห์ (Reducing Pre-analytical error) ซึ่งอยู่ระหว่างการวางแผน และติดตามตัวชี้วัด   (2)(4) พื้นที่ใช้สอยเครื่องมือและอุปกรณ์:   * เพื่อให้หน่วยงานมีเครื่องมือและอุปกรณ์ ที่มีประสิทธิภาพและไม่ส่งผลกระทบต่อการตรวจทดสอบ การกำหนดสถานที่ในการจัดวางเครื่องมือ และพื้นที่ปฏิบัติงาน โดยคำนึงถึงความปลอดภัยและความเหมาะสมตามคำแนะนำของบริษัทผู้ผลิต มีการดูแลรักษาความสะอาดพื้นที่ปฏิบัติงาน (5 ส) พร้อมทั้งบันทึกติดตามอุณหภูมิและความชื้นภายในห้องปฏิบัติการ และอุณหภูมิตู้เย็นสำหรับเก็บน้ำยาตรวจวิเคราะห์ ส่วนวัสดุที่ปนเปื้อนตัวอย่างทดสอบหรือชุดทดสอบที่ใช้แล้ว ทิ้งในถังขยะติดเชื้อที่มีการระบุด้วยฉลากหรือสัญลักษณ์ชี้บ่ง เครื่องมือและอุปกรณ์ มีการบำรุงรักษาเชิงป้องกันโดยผู้ปฏิบัติงาน และสอบเทียบตามระยะเวลา จากหน่วยงานที่ได้รับการรับรองตามกฎหมาย ผลลัพธ์ที่ผ่านมาเครื่องมือที่ได้รับการสอบเทียบ ผ่านการสอบเทียบ 100 เปอร์เซ็นต์ ไม่มีอุบัติการณ์วัสดุหรือน้ำยาเสียหาย หรือส่งผลกระทบต่อการตรวจวิเคราะห์   (3) ทรัพยากรบุคคล:   * เพื่อให้การดูแลผู้มีประสิทธิภาพ หน่วยงานได้จัดบริการและเปิดรายการทดสอบได้ตามเข็มมุ่งของกลุ่มผู้ป่วยในโรงพยาบาล มีการประเมิน Workload ตามมาตรฐานของสภาเทคนิคการแพทย์ และมีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรประจำปี และเป็นสมาชิกการเข้าร่วมทดสอบความชำนาญทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์(EQA) กับหน่วยงานภายนอกอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นการประเมินสมรรถนะผู้ปฏิบัติงาน   (5)(6) การคัดเลือกและตรวจสอบมาตรฐานงานบริการจากภายนอก เครื่องมือ วัสดุ น้ำยา ห้องปฏิบัติการที่รับตรวจต่อ ผู้ให้คำปรึกษา:   * เพื่อให้ผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ มีความถูกต้อง แม่นยำ ได้มาตรฐานตามหลักวิชาการ หน่วยงานได้มีการจัดทำเกณฑ์การคัดเลือกและประเมินผู้จำหน่ายน้ำยาและ วัสดุทางการแพทย์ และประเมินผลปีละครั้ง * มีการจัดทำเกณฑ์ คัดเลือก และประเมินติดตามความสามารถห้องปฏิบัติการส่งต่อ ปีละครั้ง   (7) การสื่อสารกับผู้ส่งตรวจ:   * เพื่อให้เกิดการติดต่อประสานที่ดี กับผู้ใช้บริการห้องปฏิบัติการ ได้มีการสื่อสารโดยการประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาบริการ พร้อมทั้งประเมินความพึงพอใจในการให้บริการ ปีละ 2 ครั้ง มีการตรวจเยี่ยมจากเครือข่ายห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ จากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสงขลา ปีละครั้ง โดยใช้เกณฑ์การประเมินตามมาตรฐานของสภาเทคนิคการแพทย์ พร้อมทั้งส่งรายงานการตรวจติดตามตามข้อเสนอแนะภายในเวลาที่กำหนดที่ผ่านมาหน่วยงานได้จัดการแก้ไขและตอบข้อเสนอแนะได้ทันภายในเวลาที่กำหนด   II-7.2 ข. การให้บริการ  (1) การจัดการกับสิ่งส่งตรวจ:   * เพื่อให้ได้ตัวอย่างสิ่งส่งตรวจที่มีคุณภาพในการตรวจวิเคราะห์ หน่วยงานได้มีการจัดทำคู่มือการให้บริการ พร้อมทั้งมี Flow chart วิธีการจัดเก็บตัวอย่างตรวจที่ใช้บ่อยให้กับตึกผู้ป่วย มีการกำหนดเกณฑ์ในการรับ-ปฏิเสธตัวอย่างสิ่งส่งตรวจอย่างชัดเจน การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย และผลการตรวจใน worksheet เพื่อทวนสอบข้อมูลผู้ป่วย นอกจากนี้ได้มีการจัดทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ เพื่อลดอัตราความผิดพลาดในกระบวนการก่อนตรวจวิเคราะห์ (Reducing Pre-analytical error)เบื้องต้นอยู่ระหว่างการวางแผนและกำกับติดตามตัวชี้วัด   (2) กระบวนการตรวจวิเคราะห์:   * เพื่อให้ผู้รับบริการมีความเชื่อมั่นในผลการตรวจวิเคราะห์ ได้ใช้วิธีการตรวจวิเคราะห์ที่เป็นมาตรฐาน มีการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน เพื่อให้การตรวจทดสอบถูกต้องตามมาตรฐานเดียวกัน มีการจัดทำวิธีปฏิบัติอย่างย่อวางณ จุดปฏิบัติงาน ครอบคลุมรายละเอียดสำคัญ ใช้วัสดุควบคุมคุณภาพอย่างน้อย 2 Level พร้อมทั้งติดตามแก้ไขในกรณีที่ผล IQC ไม่ผ่านเกณฑ์และบันทึกเป็นลายลักษร์อักษร น้ำยาที่ใช้ในการตรวจวิเคราะห์มีการชี้บ่งหลังการเตรียมใช้งาน เพื่อตรวจสอบวันหมดอายุซึ่งอาจมีผลกระทบต่อการตรวจ มีการทบทวนกระบวนการวิธีวิเคราะห์ ค่าอ้างอิงและแลปวิกฤติอย่างน้อยปีละครั้ง เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจวิเคราะห์ได้รับการสอบเทียบตามกำหนดระยะเวลาโดยช่างที่ชำนาญงาน ผลลัพธ์ที่ได้ พบว่า ผล IQC ก่อนการทดสอบทุกรายการผ่านเกณฑ์ ปี 2562 พบปัญหา IQC ไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 3 รายการ คือ Creatinine ALT และ Na ซึ่งได้วิเคราะห์ปัญหาและแก้ไขได้เรียบร้อยตามเกณฑ์   (3) การส่งมอบผลการตรวจวิเคราะห์ การรายงานค่าวิกฤติ การรักษาความลับ:   * เพื่อให้บรรลุเป้าหมายผู้รับบริการได้รับผลการตรวจรวดเร็ว และทันเวลา หน่วยงานได้กำหนดแลปวิกฤติ และแนวทางในการรายงานผลแลปวิกฤติ ผลลัพธ์ที่ผ่านมา พบว่าสามารถรายงานค่าแลปวิกฤติได้ทันเวลาทุกราย (รายงานภายใน 5 นาทีหลังพบค่าวิกฤติ) * กระบวนการรักษาความลับของผู้ป่วย เช่น รายงานผลการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี ได้ดำเนินการโดยกำหนดแนวทางปฏิบัติในการรายงานผลที่ชัดเจน กำหนดการใช้รหัส Username และ Password ในการเข้าระบบ ไม่มีการลงรายงานผลการตรวจในระบบคอมพิวเตอร์และรายงานทางโทรศัพท์ ที่ผ่านมาไม่พบอุบัติการณ์ข้อมูลผู้ป่วยถูกเปิดเผย   (4) การจัดการกับสิ่งส่งตรวจหลังการตรวจวิเคราะห์:   * เพื่อให้สิ่งส่งตรวจหลังการตรวจวิเคราะห์ได้มีการจัดการที่เหมาะสม มีการแนวทางปฏิบัติในการจัดการสิ่งส่งตรวจ เช่น กำหนดระยะเวลา อุณหภูมิที่เหมาะสมในการจัดเก็บเพื่อการทวนสอบ มีการกำจัดตามแนวทางการจัดการขยะติดเชื้อของโรงพยาบาล ไม่พบอุบัติการณ์การแพร่กระจายเชื้อจากสิ่งส่งตรวจ และสามารถทวนสอบสิ่งส่งส่งตรวจที่มีปัญหาได้ทุกราย   II-7.2 ค. การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย  (1) ระบบบริหารคุณภาพ: (หน้า 122)   * ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ได้เข้าร่วมโครงการตรวจเยี่ยมภายในห้องปฏิบัติการทางแพทย์โดยผู้ตรวจเยี่ยมจากเครือข่ายห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ตั้งแต่ปี พ.ศ.2556 โดยมีเป้าหมายในการวางระบบพัฒนาคุณภาพ เพื่อเข้าสู่กระบวนการประเมินและรับรองตามมาตรฐานของสภาเทคนิคการแพทย์ และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ปัจจุบันใช้เกณฑ์ตามมาตรฐานของสภาเทคนิคการแพทย์ 2560 ตลอดจนการกำกับติดตามตัวชี้วัดที่สอดคล้องตามนโยบาย 2P Safety ของโรงพยาบาล ในการบ่งชี้ข้อมูลผู้ป่วย   (2) การเข้าร่วมโปรแกรมทดสอบความชำนาญระหว่างห้องปฏิบัติการ:   * เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัด ความถูกต้อง แม่นยำ เชื่อถือได้ของผลการตรวจทดสอบ และเป็นการประเมินสมรรถนะของผู้ปฏิบัติงาน จึงได้ดำเนินการเข้าร่วมโปรแกรมการทดสอบความชำนาญระหว่างห้องปฏิบัติการ ในสาขาที่หน่วยงานเปิดให้บริการ ในรายการทดสอบที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ อยู่ระหว่างการเตรียมการเพื่อแลกเปลี่ยนตัวอย่างกับห้องปฏิบัติการภายนอก ที่ผ่านมา พบว่า การทดสอบความชำนาญในการตรวจสารเสพติดเบื้องต้นในปัสสาวะ ผลการทดสอบถูกต้อง กรณีที่มีปัญหา จะมีการทบทวนการเลือกใช้ชุดตรวจ ในสาขาเคมีคลินิก จุลทรรศน์ศาสตร์ ผลคะแนนอยู่ในระดับน่าพอใจ โลหิตวิทยาอยู่ในระดับ Excellent และ good ทุกครั้งที่มีรายงานตอบกลับ จะนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบ   (3) ระบบควบคุมคุณภาพ:   * เพื่อบรรลุเป้าหมายความถูกต้อง แม่นยำ ในกระบวนการตรวจวิเคราะห์ทุกครั้ง ต้องมีการใช้วัสดุควบคุมคุณภาพอย่างน้อย 2 ระดับ พร้อมทั้งแก้ไขในกรณีผลการทดสอบไม่ผ่านเกณฑ์ ก่อนทำการตรวจวิเคราะห์ หากไม่สามารถแก้ไขได้จะพิจารณาส่งตรวจหน่วยงานภายนอกตามความสำคัญเร่งด่วนของชนิดตัวอย่างทดสอบ หรือตามความต้องการของแพทย์   (4) การเข้าสู่กระบวนการรับรองมาตรฐานซึ่งเป็นที่ยอมรับ/การปฏิบัติตามข้อแนะนำจากองค์กรที่มาประเมิน:   * เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการเป็นห้องปฏิบัติที่มีมาตรฐาน จึงได้วางแผนในการขอรับการประเมินจากสภาเทคนิคการแพทย์ และ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยผ่านกระบวนการตรวจเยี่ยมประเมินจากเครือข่ายห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา เพื่อใช้เป็นแนวทางเบื้องต้นในการเรียนรู้และพัฒนาระบบคุณภาพ ซึ่งได้รับการรับรองมาตรฐาน LA จากสภาเทคนิคการแพทย์ และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์   **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   * การพัฒนาการรายงานผลแลปวิกฤติผู้ป่วยที่มีค่า Electrolyte imbalance เป้าหมายคือทันเวลาทุกราย โดยมีกระบวนการพัฒนาเชื่อมโยงกับการดูแลผู้ป่วยสุราของทีมสหวิชาชีพ สามารถลดระยะเวลาการเกิดภาวะ Deliriumในผู้ป่วยสุรา มีการติดตามและตรวจซ้ำในรายที่มีผลแลปวิกฤติทุกราย มีนโยบายเปิดบริการ Oncallนอกเวลาราชการและวันหยุด * การพัฒนาระบบการรายงานผลการตรวจเอชไอวี แบบ same dayresultเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้มากขึ้น เนื่องจากผู้ติดสารเสพติดที่เข้ารับการบำบัด ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ และพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีความมั่นคงทางจิตใจในการอยู่บำบัดได้นาน ต้องการทราบผลทันที จึงได้มีกระบวนการโดยการเลือกใช้ชุดตรวจและแนวทางการตรวจตามหลักของ WHO ปัจจุบันสามารถรายงานผลทุกรายได้ภายใน 1 วัน * ผลการทดสอบความชำนาญทางห้องปฏิบัติการซีโรโลยีแห่งชาติ กับกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ คะแนน 100 เต็มในทุกปี   **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | |
| 1. บริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์/พยาธิวิทยาคลินิก | **4** | | **I=3** | | **การนำระบบ LIS มาใช้ในห้องปฏิบัติการ** | | | | |

**II-7.4 ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต(ไม่มีบริการ)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ:**ถูกต้อง ปลอดภัย เหมาะสม ทันความต้องการ | | | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | | **เป้าหมาย** | | **ปี…** | | **ปี…** | **ปี…** | **ปี…** | **ปัจจุบัน** |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
| **ii. บริบท**  ขอบเขตบริการ:  การเตรียมส่วนประกอบของเลือดที่ทำได้:  **iii. กระบวนการ**  ระบบตรวจสอบและทบทวนการใช้โลหิต/ผู้กำกับดูแล:  ระดับขั้นต่ำของการสำรองเลือดและส่วนประกอบของเลือดและผลการปฏิบัติ:  ระบบการแจ้งผลการติดเชื้อแก่ผู้บริจาคโลหิต/จำนวนผู้ติดเชื้อในรอบปีที่ผ่านมา:  มาตรฐานการตรวจร่องรอยการติดเชื้อ (disease marker):  ระบบคัดแยก กักกัน ชี้บ่งเลือดที่ไม่ผ่านการตรวจและเลือดที่ติดเชื้อ:  ระบบห่วงโซ่ความเย็นของการเก็บรักษาและขนส่ง:  ประเด็นที่ยังไม่สามารถดำเนินการตามมาตรฐาน/แนวทางของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติได้:  การเข้าร่วมระบบประกันคุณภาพจากภายนอก:  การรับรองคุณภาพที่ได้รับ:  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | |
| 1. ธนาคารเลือดและงานบริการโลหิต |  | |  | |  | | | | |

**II-7.3 พยาธิวิทยากายวิภาค &II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ:**ถูกต้อง ปลอดภัย เหมาะสม ทันความต้องการ | | | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | | **เป้าหมาย** | | **ปี…** | | **ปี…** | **ปี…** | **ปี…** | **ปัจจุบัน** |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
| **ii. บริบท**  การตรวจวินิจฉัยที่ให้บริการ:  **iii. กระบวนการ**  II-7.3 พยาธิวิทยากายวิภาค  (1) การประเมิน การเตรียมผู้ป่วย การให้ข้อมูลและขอคำยินยอม:  II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ  (1) การประเมิน การเตรียมผู้ป่วย การให้ข้อมูลและขอคำยินยอม:  (2) การแปลผลการตรวจ และรายงานผล:  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | |
| 1. พยาธิวิทยากายวิภาค และบริการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ |  | |  | |  | | | | |

**II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ:**ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ครอบคลุม ประสิทธิภาพ | | | | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด** | | **เป้าหมาย** | | **2558** | | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** |
| การเฝ้าระวังภัยสุขภาพด้านยาเสพติดสำหรับประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ | | | | | | | | | |
| จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติดใน เขตพื้นที่ความรับผิดชอบ (ที่มา:ระบบ บสต.) | |  | | N/A | | N/A | 8,341 | 10,715 | 10,948 |
| การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพในบุคลากร และผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษา | | | | | | | | | |
| 1. ร้อยละของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ได้รับความรู้เรื่องโรคตาม รง.506\* | | ≥80 | | NA | | 79.00 | 80.00 | 86.00 | 86.53 |
| 2.ร้อยละของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ได้รับความรู้เรื่องโรคในกลุ่มเมตาบอลิก | | ≥80 | | 60 | | 71.42 | 79.53 | 81.20 | 93.46 |
| 3. ร้อยละของอุบัติเหตุที่เกิดจากการทำงาน | | ≥10 | | 0.83 | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 4. อัตราการติดเชื้อ โรคตาม รง.506\*\* | | 0ครั้งต่อพันปชก. | | NA | | 5.29 | 0.27 | 0.71 | 0.46 |
| 5. ร้อยละของความทันเวลา ครบถ้วน ถูกต้องของการควบคุมป้องกันโรคหลังการเกิดอุบัติการณ์ โรคตาม รง.506\* | | 100 | | 90 | | 100 | 100 | 100 | 100 |
| **หมายเหตุ**: เขตพื้นที่ความรับผิดชอบ\* หมายถึงพื้น จังหวัดในเตสุขภาพที่ 11 และจังหวัดสงขลาโรคตาม รง.506\* \*หมายถึง โรคอุจจาระร่วง วัณโรค ตาแดง อีสุกอีใส เริม ไข้หวัดใหญ่ ไข้เลือดออก และโรคเอดส์ เป็นต้น | | | | | | | | | |
| **ii. บริบท**  โรคและภัยสุขภาพสำคัญในพื้นที่:โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา มีหน้าที่รับผิดชอบในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมภัยสุขภาพด้านยาเสพติดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 จำนวน 7 จังหวัด ได้แก่ กระบี่, ชุมพร, นครศรีธรรมราช, พังงา, ภูเก็ต, ระนอง, สุราษฎร์ธานี และ เขตสุขภาพที่ 12 จำนวน 1 จังหวัด คือจังหวัดสงขลา จากสถิติอัตราการเข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดภาคใต้ปี พ.ศ.2562 พบว่า ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด 5 อันดับแรก ยาบ้า, 4×100, ยาไอซ์, เฮโรอีน และกัญชา คิดเป็น ร้อยละ 35.76, 6.79,6.71,2.92, 15.20 และ53.70 ตามลำดับหากแยกตามจังหวัดที่เข้ารับการบำบัด พบว่า จังหวัดสงขลามีสถิติการเข้ารับการบำบัดรักษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.89 รองลงมาคือ จังหวัดนครศรีธรรมราช คิดเป็นร้อยละ 10.66 โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาซึ่งมีพันธกิจหลัก ในการถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด โดยได้ดำเนินงานสร้างเครือข่ายการบำบัดรักษายาเสพติดครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบ ได้แก่ เครือข่ายการบำบัดรักษายาเสพติด การขับเคลื่อน Service plan ยาเสพติดเขตสุขภาพที่ 12 ดำเนินกิจกรรมภายใต้รูปแบบคณะกรรมการจังหวัด ประกอบด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด คลินิกยาเสพติดในโรงพยาบาลทั่วไป และคลินิกยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชน เริ่มดำเนินการในปี พ.ศ.2547-ปัจจุบัน  นอกจากการเฝ้าระวังภัยสุขภาพด้านยาเสพติดในชุมชนแล้ว ยังมีการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มบุคลากรของโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา เพื่อป้องกันโรคแลภัยสุขภาพเนื่องจากบุคลากรอาจมีปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากได้รับความเสี่ยงจากการทำงาน หรือพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ก่อให้เกิดโรคเฉียบพลัน หรือโรคเรื้อรังได้ ซึ่งโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาได้มีการตรวจสุขภาพบุคลากรประจำปี และทดสอบสมรรถภาพ สำหรับสถานการณ์การเฝ้าระวังโรคในบุคลากรที่ผ่านมาในปี พ.ศ.2559-2562 พบว่า บุคลากรเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีร้อยละ 50.41, 6475, 72.72 และ 48.50 ตามลำดับ  จากการวิเคราะห์สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก 1.กลุ่มข้าราชการและลูกจ้างประจำ บางส่วนยังไม่พบพยาธิสภาพของโรคหรือภัยสุขภาพและเรื่องสถานที่ตรวจเนื่องจากต้องไปตรวจที่ รพ.อื่น 2.กลุ่มพนักงานราชการและพนักงานจ้างเหมาบริการ ไม่สามารถเบิกได้ต้องจ่างเงินเองครึ่งหนึ่ง และรพ.ออกให้ครึ่งหนึ่ง 3.กลุ่มพนักงานกระทรวงสาธารณสุขในบางส่วนที่อายุยังน้อยและยังไม่พบพยาธิสภาพของโรคหรือภัยสุขภาพจึงคิดว่าการตรวจสุขภาพไม่สำคัญมาก ดังนั้นในปี 2560 เป็นต้นไป ทีมส่งเสริมสุขภาพ จึงกำหนดมาตรการเพื่อให้ จนท.เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีให้มากขึ้น ดังนี้ 1. ประชาสัมพันธ์โครงการอย่างทั่วถึงและจัดกิจกรรม กระตุ้นให้มีการตรวจสุขภาพ 2.หาแหล่งงบประมาณสำหรับกลุ่มเบิกไม่ได้ เป็นต้น  ส่วนผลการตรวจสุขภาพตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558-2562 พบว่า บุคลากรที่มีค่า BMI เกิน 23 กก./ม.2คิดเป็นร้อยละ 54.39, 57.58, 57.58,48.95 และ 50.00ตามลำดับ ผลจากการตรวจสุขภาพดังกล่าวนำไปสู่การจัดกลุ่มสุขภาพบุคลลากร ได้แก่ กลุ่มสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยและกลุ่มป่วย และมีการปฏิบัติตาม FLOWN CHATคือกลุ่มสุขภาพดีมี/ไม่พบความเสี่ยง จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเน้นการปฏิบัติตนครอบคลุมหลัก 3 อ 2ส อย่างสม่ำเสมอ กลุ่มเสี่ยงต่อภาวะ METABOLIC ดำเนินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม “ธัญญารักษ์สงขลาออกกำลังกาย ลดพุง ลดโรค ปี 2559 ” “โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปี 2560-2561” และ “โครงการชวนขยับเท่ากับห่างไกลออฟฟิศซินโดรม ปี 2562” เน้นให้บุคลากรกลุ่มเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลักการ 3 อ (อาหาร/อารมณ์/ออกกำลังกาย) 2ส (เลิกสูบบุหรี่ ลดดื่มสุรา) โดยอาศัยการกำกับตนเอง ซึ่งเป็นทฤษฎีปัญญาสังคม อีกทั้งยังจัดประกวด BEST PRACTICE “คนต้นแบบสุขภาพดี” โดยมีกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมกิจกรรม ส่วนกลุ่มป่วยดำเนินการวิเคราะห์สาเหตุของการป่วย และกระตุ้นให้พบแพทย์ตามนัด รวมทั้งปฏิบัติตนเองตามคำแนะนำของแพทย์อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง  นอกจากนี้ยังมีการดำเนินงานการเฝ้าระวังโรค ตาม รง.506 เมื่อเกิดอุบัติการณ์ให้ผู้ประสบเหตุปฏิบัติตาม Flow chartของงานระบาดวิทยา ได้แก่ ในปี 2560 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วย TB 2 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยหญิง และในเดือน ตุลาคม  ปี 2561 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยไข้เลือดออก 5 ราย ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ และครอบครัวและ 2562 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วย TB ( ผู้ป่วย พรบ.) และการระบาดโรคตาแดงในผู้ป่วยตึกบานบุรี 3 คนโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาจึงได้ดำเนินงานตามแนวทาง โดยคณะกรรมการ IC  โรคและภัยสุขภาพสำคัญที่อยู่ในแผนเฝ้าระวัง : โรคตาม รง.506 ได้แก่ โรคอุจจาระร่วง วัณโรค ตาแดงอีสุกอีใส เริม ไข้หวัดใหญ่ ไข้เลือดออก และโรคเอดส์ส่วนภัยสุขภาพและการบาดเจ็บ ได้แก่ การถูกทำร้ายร่างกายของ จนท.โดยผู้ป่วย และปัญหาการใช้ยาเสพติดในชุมชน  **iii. กระบวนการ**  II-8 ก. การบริหารจัดการและทรัพยากร:  (1) (2) นโยบาย แผนกลยุทธ์ แผนปฏิบัติการ:  (1) การเฝ้าระวังสุขภาพด้านยาเสพติดสำหรับประชาชนในพื้นที่ความรับผิดชอบ 11 จังหวัดภาคใต้   * นโยบายเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพด้านยาเสพติด   โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา มีวิสัยทัศน์คือประชาชนได้รับบริการทางการแพทย์ด้านยาและสารเสพติดที่มีคุณภาพและมาตรฐานวิชาชีพอย่างเสมอภาค และพันธกิจคือ สร้างและถ่ายทอดองค์ความรู้ เทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านยาและสารเสพติด ที่สมคุณค่า (Appropriate Medical Technology) เสริมสร้างความร่วมมือทางวิชาการและบริการในทุกภาคส่วน (Collaboration Center) เพื่อพัฒนาการแพทย์ของประเทศ สู่มาตรฐานสากล โดยมีพื้นที่รับผิดชอบ 11 จังหวัดภาคใต้ อีกทั้งได้รับหมอบหมายให้มีการจัดตั้ง สำนักการแพทย์เขตสุขภาพที่ 12 เพื่อพัฒนาศักยภาพของสถานบริการในแต่ละระดับให้เป็นไปตามขีดความสามารถที่จำกัด อีกทั้งพัฒนาระบบบริการเพื่อรองรับและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ 13 สาขา โดยเฉพาะสาขายาเสพติด ที่โรงพยาบาลรับผิดชอบในการขับเคลื่อน Service plan ยาเสพติดของเขตสุขภาพที่ 12  โดยมีการดำเนินงานในรูปแบบของเครือข่ายด้านยาเสพติดที่ครอบคลุ่ม 11 จังหวัดภาคใต้ และ Service plan ยาเสพติดของเขตสุขภาพที่ 12 ซึ่งจะมีการประชุมรับนโยบายในเวที คปสจ เขต และทราบถึงแนวทางในการปฏิบัติเกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพด้านยาเสพติด อีกทั้งยังมีการจัดอบรมให้กับเครือข่ายทุกปี สำหรับปี 2562 ได้จัดภายใต้โครงการประชุมวิชาการเครือข่ายการบำบัดรักษาผู้ใช้ยาและสารเสพติดภาคใต้ (ความหลากหลายทางวัฒนธรรมกับศาสตร์การดูแลผู้ป่วยยาเสพติด)  โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาได้จัดทำแผนกลยุทธ์ในการขับเคลื่อนนโยบายด้านยาเสพติดดังนี้คือ1.พัฒนาความเป็นเลิศด้านยาเสพติด 2.การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการบำบัดสู่สากล 3.สร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ถูกต้องผ่านสื่อออนไลน์ 4.พัฒนาวิจัย R2R 5.พัฒนาองค์ความรู้วิชาการ เพื่อผลักดันนโยบาย 6.กระบวนการถ่ายทอดเทคโนโลยีทางการแพทย์ทั้งในและต่างประเทศ 7.พัฒนาความร่วมมือทางวิชาการทั้งในและต่างประเทศ 8.พัฒนาความเชี่ยวชาญของสหวิชาชีพด้านการบำบัดรักษายาเสพติด 9.พัฒนาเครือข่ายทางวิชาการในระดับประเทศและนานาชาติ  การดำเนินกิจกรรมดังกล่าวได้ดำเนินการโดยบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถซึ่งมีรูปแบบการดำเนินการ 2 รูปแบบคือ 1.โดยโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาดำเนินการ ด้านยาเสพติดโดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัช พยาบาล นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสังเคราะห์ และนักวิชาการสาธารณสุข ในการเฝ้าระวังภัยสุขภาพด้านยาเสพติดสำหรับประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ 11 จังหวัดภาคใต้ และ 2.โดยเครือข่ายยาเสพติด ได้แก่ สถานพยาบาล เรือนจำกลางสงขลา ทัณฑสถานหญิงสงขลา และทัณฑสถานบำบัดพิเศษ โรงเรียนวิวัฒน์พลเมือง บ้านโอโซน ชุมชน CBTxบ้านท่าหมอไทร เป็นต้น นำมาสู่การจัดตั้งเครือข่ายการพัฒนาการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในจังหวัดสงขลาเมื่อปี พ.ศ.2547 เพื่อเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยและการพัฒนาทางวิชาการร่วมกัน  ซึ่งมีการดำเนินกิจกรรมในรูปแบบของโครงการ และวิจัย ได้แก่ จัดโครงการอบรมให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่และเครือข่ายประจำปี โดยมีงบประมาณในการดำเนินโครงการปีงบประมาณ 2662 รวม 1,443,100 บาท ได้แก่ 1.การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด, 2.ฝึกอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ใช้ยาและสารเสพติด รุ่นที่4, 3. โครงการพัฒนาเครือข่ายผู้บำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดที่ใช้ศิลปะบำบัด (Arts Psychotherapy), 4.โครงการการบำบัดรักษาผู้ใช้ยาและสารเสพติดโดยกิจกรรมครอบครัวบำบัด, 5.โครงการบูรณาการ การสร้างและพัฒนาเครือข่ายการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดในชุมชน, 6.โครงการประชุมวิชาการเครือข่ายการบำบัดรักษาผู้ใช้ยาและสารเสพติดภาคใต้ (ความหลากหลายทางวัฒนธรรมกับศาสตร์การดูแลผู้ป่วยยาเสพติด) และการดำเนินการพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ในการศึกษาวิจัย โดยมีงบประมาณในการดำเนินโครงการวิจัย 1,487,200 บาท ได้แก่ ประสิทธิผลของเถาวัลย์เปรียงแคปซูลในการรักษาอาการปวดจากอาการถอนพิษยาในผู้ป่วยยาเสพติดเทียบกับ Ibuprofen 400 mg. ผลการรักษาผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะร่วมทางจิตเวชโดยใช้ FAST MODEL ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมการป้องกันการเสพยาเสพติดซ้ำโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปัญญาสังคมของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา การศึกษาประสิทธิผลของวิธีการตรวจพิสูจน์สารไมทราไจนีนในปัสสาวะโดยใช้เทคนิคโครมาโทกราฟีของเหลวสมรรถนะสูง ประสิทธิภาพการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดที่เสพ น้ำกระท่อมและส่วนผสม ในจังหวัดสงขลา ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดสุราที่มาบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์  (2) การเฝ้าระวังภัยสุขภาพบุคลากรโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาโดยได้ดำเนินงานใน 2 ประเด็นคือ โรคไม่ติดต่อ และโรคติดต่อ ดังนี้  2.1.โรคไม่ติดต่อ ดำเนินการเฝ้าระวังโรคที่เป็นปัญหา เน้นโรคกลุ่ม Metabolic ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง ซึ่งมีนโยบายส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรทุกคนตรวจสุขภาพประจำปีตามสิทธิการรักษา โดยจัดเป็นโครงการตรวจสุขภาพบุคลากรประจำปี อีกทั้งยังจัดโครงการออกกำลังกายลดพุงลดโรค (ปี 2559) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบุคลากรจากผลการตรวจสุขภาพประจำปี โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และจัดโครงการชวนขยับเท่ากับห่างไกลออฟฟิศซินโดรม (ปี 2561) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบุคลากรให้ห่างไกลจากโรคกลุ่มออฟฟิศซินโดรม  2.2.โรคติดต่อ ดำเนินการเฝ้าระวังโรคตาม Target surveillance ของ รพ.และโรคระบาดอื่นๆที่อาจอุบัติขึ้นและ  ดำเนินการป้องกันการเกิดโรค ดังนี้  - ให้บุคลากรกลุ่มเสี่ยงได้รับวัคซีนเพื่อป้องกันโรค ได้แก่ โรคไข้หวัดใหญ่ โรคคอตีบ ไวรัสตับอักเสบบี เป็นต้น  - จัดกิจกรรมบ้านเพาะรักไม่เพาะยุง ดำเนินการสำรวจลูกน้ำยุงลาย ในตึก อาคารและบ้านพัก รพ.ทุกหลัง ทุก  วันศุกร์ของสัปดาห์  - จัดกิจกรรมพัฒนาบ้านพัก รพ. โดยใช้หลัก 5 ส.(สะสาง สะดวก สะอาด สุขลักษณะ สร้างนิสัย)  - จัดกิจกรรมสำรวจยุงลาย (ตัวเต็มวัย)ร่วมกับ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง สคร.12 สงขลา  - จัดกิจกรรม ล้างมือตาม 7 ขั้นตอนและ 5 moment  โดยแผน ประสานงาน ติดตามประเมินผล ปรับปรุงดังนี้คือมีแผนงาน/โครงการ ประจำปี ได้แก่ โครงการตรวจสุขภาพประจำปี โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โครงการออกกำลังกาย เป็นต้น หลังดำเนินการแล้วเสร็จ มีการสรุปผลโครงการเป็นรูปเล่ม และมีการติดตามตัวชี้วัดของตามที่กำหนดไว้ในโครงการ และมีการประสานงานหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง เช่น รพ.สงขลานครินทร์และ รพ.สงขลา เรื่องการตรวจสุขภาพประจำปี ,สคร.ที่ 12 สงขลา เรื่องวัคซีนต่างๆ ,เทศบาลตำบลเกาะแต้ว เรื่องการพ่นหมอกควัน กำจัดยุงลาย ,ศตม.สงขลาเรื่องการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็นต้น  การดำเนินงานดังกล่าว ดำเนินกิจกรรมโดยบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ และดำเนินงานภาคใต้มติของคณะกรรมการบริหาร ปัจจุบัน (ปี 2562) มีเพียงพอในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ และมีแผนส่งบุคลากรอบรมเรื่องการสอบสวนโรค เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคในปี 2563 เนื่องจากต้องการ Update ความรู้ใหม่ด้านวิชาการ  ซึ่งมีงบประมาณและทรัพยากรปัจจุบัน (ปี 2562) มีงบประมาณเพียงพอต่อการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพและได้รับการสนับสนุนทรัพยากรจากสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 12 สงขลา ,สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลาเป็นต้น  การดำเนินงานเน้นการสร้างความรู้ ความเข้าใจแก่บุคลากรใน 2 ประเด็นคือ โรคไม่ติดต่อ และโรคติดต่อ โดยอาศัยนโยบายที่สำคัญของโรงพยาบาล กำหนดเป็นแผนงานจัดกิจกรรมที่สอดคล้อง ซึ่งเปิดโอกาสให้บุคลากรทุดท่านสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ โดยการทำแบบสอบถาม online ผ่าน Google drive  (3) การเฝ้าระวังโรคในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด (กลุ่มผู้ป่วยใน)โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ได้ดำเนินงานใน 2 ประเด็นคือ โรคไม่ต่อและโรคติดต่อ ดังนี้  3.1.โรคไม่ติดต่อ เพื่อป้องกันการเกิดโรคกลุ่ม Metabolic ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมัน  ในเลือดสูง ดำเนินกิจกรรมดังนี้  - ให้บริการสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยใน ได้แก่ ตึกลีลาวดี พุทธชาด พวงชมพู และบานบุรี  - จัดโครงการออกกำลังกาย (Aerobic Dance)ในกลุ่มผู้ป่วยหญิงทุกวันจันทร์ พุธและศุกร์เวลา 15.30- 16.30น.  3.2.โรคติดต่อ ดำเนินการเฝ้าระวังโรคตาม Target surveillance ของ รพ.และโรคระบาดอื่นๆที่อุบัติขึ้นและ  ดำเนินการป้องกันการเกิดโรค ดังนี้  - จัดกิจกรรมคัดกรองโรคตับอักเสบบี ในวันตับอักเสบโลก (28 กรกฎาคมของทุกปี)  - จัดกิจกรรมบ้านเพาะรักไม่เพาะยุง ดำเนินการสำรวจลูกน้ำยุงลาย ในอาคารผู้ป่วย ทุกวันศุกร์ ของสัปดาห์  - จัดกิจกรรมสำรวจยุงลาย (ตัวเต็มวัย)ร่วมกับ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง สคร.12 สงขลา  - จัดกิจกรรม ล้างมือตาม 7 ขั้นตอน  - ให้บริการสุขศึกษาตามโรค Target surveillance ของ รพ.และโรคระบาดอื่นๆที่อุบัติขึ้นแก่ผู้ป่วยใน ได้แก่ ตึกลีลาวดี พุทธชาด พวงชมพู และบานบุรี  โดยมีมีแผนงาน/โครงการ ประจำปี ได้แก่ โครงการตรวจสุขภาพประจำปี โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โครงการออกกำลังกาย เป็นต้น หลังดำเนินการแล้วเสร็จ มีการสรุปผลโครงการเป็นรูปเล่ม และมีการติดตามตัวชี้วัดของตามที่กำหนดไว้ในโครงการ  มีการประสานงานหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง เช่น รพ.สงขลานครินทร์และ รพ.สงขลา เรื่องการตรวจสุขภาพประจำปี ,สคร.ที่ 12 สงขลา เรื่องวัคซีนต่างๆ ,เทศบาลตำบลเกาะแต้ว เรื่องการพ่นหมอกควัน กำจัดยุงลาย ,ศตม.สงขลาเรื่องการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็นต้น  (3) (4) บุคลากร งบประมาณ เทคโนโลยี ทรัพยากรอื่นๆ:   * บุคลากร ปัจจุบัน (ปี 2562) มีเพียงพอในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ และมีแผนส่งบุคลากรอบรมเรื่องการสอบสวนโรค เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคในปี 2563 เนื่องจากต้องการ Update ความรู้ใหม่ด้านวิชาการงบประมาณและทรัพยากรปัจจุบัน (ปี 2562) มีงบประมาณเพียงพอต่อการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพและได้รับการสนับสนุนทรัพยากรจากสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 12 สงขลา ,สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา, เป็นต้น   (5) การสร้างความรู้ความเข้าใจ:   * การสร้างความรู้ ความเข้าใจของกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา เช่นการสร้างความรู้ความเข้าใจในกลุ่มสุขศึกษา ใน 2 ประเด็นคือ โรคไม่ติดต่อ และโรคติดต่อ ตาม target surveillance เป็นต้น   II-8 ข. การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเฝ้าระวัง:  (1)(2) การเฝ้าระวัง บันทึก และจัดเก็บข้อมูล:  (3)(4) การวิเคราะห์ เปรียบเทียบ แปลความหมาย ค้นหาการเพิ่มผิดปกติหรือการระบาด:  (5)(6) การติดตามเฝ้าดูสถานการณ์ การคาดการณ์แนวโน้มเพื่อวางแผนป้องกัน:  (1) **ระบบการเฝ้าระวังโรคด้านยาเสพติด** ซึ่งโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา และเครือข่าย จะใช้ระบบรายงาน ติดตาม และเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด (บสต.1-5) โดยมีการบันทึกข้อมูลดังนี้คือ บสต.1 เป็นรายงานเบื้องต้นการใช้สารเสพติดในหมู่บ้าน/ชุมชน,บสต.2 เป็นแบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเพื่อการบำบัดรักษา, บสต.3เป็นรายงานการบำบัดผู้ใช้สารเสพติด, บสต.4 เป็นแบบจำหน่ายแบบไม่ครบกำหนด และแบบครบกำหนด เพื่อติดตามผลการรักษาผู้ป่วยสารเสพติด, บสต.5 เป็นแบบติดตามผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยสารเสพติด โดยข้อมูลดังกล่าวโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาโดยหน่วยที่เกี่ยวข้องจะนำการวิเคราะห์เปรียบเทียบค้นหาการเพิ่มที่ผิดปกติ ติดตามดูสถานการณ์ตามแนวโน้ม การคาดการณ์แนวโน้มการเกิดโรคที่สำคัญนำ ไปสู่การตัดสินใจในการกำหนดกลยุทธ์ และพัฒนาผลงานวิชาการ ได้แก่การดำเนินงานวิจัย  (2) **การเฝ้าระวังโรคในบุคลากร** โดยจะมีการเฝ้าระวังโรคใน 2 ประเด็นคือ โรคติดต่อ และไม่ติดต่อ รวมทั้งปัญหาสุขภาพอื่น ได้แก่ 2.1.โรคไม่ติดต่อ มีการเฝ้าระวังโรค จากผลการตรวจสุขภาพประจำปีและการจัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่วัดค่าเบื้องต้น เช่น ค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว เป็นต้น 2.2.โรคติดต่อ มีการเฝ้าระวังโรค จากรายงานการเฝ้าระวังโรคของ ICWN ประจำตึกและจากบุคลากร ใน รพ.แจ้งให้ทราบ  โดยจะนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ เปรียบเทียบ และแปลความหมาย เช่นการจัดกลุ่มบุคลากรเป็นกลุ่มสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย เพื่อค้นหาความผิดปกติ โดยในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยจะมีการติดตามอย่างต่อเนื่องประจำทุกปี  (3) **การเฝ้าระวังโรคในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด** (กลุ่มผู้ป่วยใน)ในประเด็นของโรคไม่ติดต่อ และโรคติดต่อคือ 3.1.โรคไม่ติดต่อ จากการเก็บข้อมูล BMI รอบเอว หากผู้ป่วยเกินเกณฑ์โดยจะให้คำปรึกษาตามความเหมาะสมของผู้ป่วย 3.2โรคติดต่อ มีการเฝ้าระวังโรค จากรายงานการเฝ้าระวังโรคของ ICWN ประจำตึก   * การค้นหาเพิ่มผิดปกติ จากการเฝ้าระวังการเพิ่มเติมผิดปกติ จากการเฝ้าระวัง จากบุคลากร จากห้องปฏิบัติการจะมีค้นหาการเพิ่มเติมผิดปกติ จากการเฝ้าระวังโดย ICWN ประจำตึกและจากบุคลากร ใน รพ.แจ้งให้ทราบ ซึ่งในรายที่สงสัยจะมีการติดตามเฝ้าดูสถานการณ์ต่อเนื่อง และมีคาดการณ์แนวโน้มและวางแผนป้องกันสำหรับบุคลากรและผู้ป่วย มีการคาดการณ์แนวโน้มการเกิดโรคสำคัญตาม Target surveillances และโรคตามฤดูกาลที่มักมีการระบาดและติดตามข้อมูลข่าวสารผ่านทางช่องทางออนไลน์ เช่น Line group สสจ.สงขลา Website สำนักระบาด กรมควบคุมโรค เป็นต้น   (II-8 ค. การตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ:  (1) แผนตอบสนอง การเตรียมความพร้อม:  (2) ทีม SRRT:  (3) มาตรการป้องกันที่จำเป็น:  (4) ช่องทางรับรายงาน:  (1) การดำเนินงานการเฝ้าระวังโรคด้านยาเสพติด โดยโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการ Service Plan ยาเสพติด และเครือข่ายการบำบัดรักษายาเสพติด 11 จังหวัดภาคใต้ มีการกำหนดมาตรการCBTxการบำบัดรักษายาเสพติดโดยใช้ชุมชน ซึ่งกำหนดให้มี ชุมชน CBTxจังหวัดละ 1 แห่ง โดยกำหนดให้เวทีการประชุม Service Plan ยาเสพติด เขตสุขภาพที่ 12 เป็นช่องทางที่สามารถรับรายงานผู้ป่วยที่สำคัญ และมีเครือข่ายการบำบัดรักษายาเสพติด 11 จังหวัดภาคใต้ ประเมินและคัดกรองและคัดกรองผู้ใช้สารเสพติด เพื่อเสนอรูปแบบการบำบัดรักษาที่เหมาะสม กับผู้ป่วย ซึ่งจะใช้ระบบ บสต.ใหม่ ที่สามารถการสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาด้านยาเสพติด  (2) การดำเนินงานการเฝ้าระวังโรคในบุคลากร และการเฝ้าระวังโรคในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด (กลุ่มผู้ป่วยใน)  ทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคจากสหสาขาวิชาชีพทำหน้าที่ตอบสนองต่อการระบาดของโรคและภัยสุขภาพโรงพยาบาล ฯ ได้มอบหมายให้เลขาคณะกรรมการจาก IC ENV HPH ICWN และนักวิชาการสาธารณสุขเป็นทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคร่วมกับผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรค รพสต.บ้านบ่ออิฐ โดยดำเนินการตามแผนการตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุข และมีการเตรียมพร้อมในการรองรับตลอดเวลามีการจัดทำ Flowchart ซึ่งเป็นแผนตอบสนองเตรียมความพร้อมในการรองรับเหตุฉุกเฉิน ซึ่งมีการกำหนดมาตรการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่จำเป็น **เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในช่องทางและบุคลากรที่สามารถรับรายงาน**ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขจากบุคคลทางคลินิกตลอด 24 ชั่วโมงมีการกำหนดช่องทางรองรับการรายงานภาวะฉุกเฉิน โดยมอบหมายให้ ICWN รับการแจ้งเหตุเมื่อเกิดโรคที่ต้องเฝ้าระวังตลอด 24 ชั่วโมง  (5) การสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย:  (6) การสืบค้นและควบคุมการระบาด:   * สำหรับการดำเนินการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคอย่างทันท่วงที มีการดำเนิน การสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข เช่น การสอบสวนโรค Diarrhea ได้ดำเนินการไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ทันเวลา ไม่พบผู้ป่วยเพิ่ม และการสอบสวนการระบาด เหตุการณ์ผิดปกติ การป่วยเป็นกลุ่มก้อน หรือพบแนวโน้มที่บ่งบอกว่าอาจมีการระบาด เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในวงกว้างอย่างทันท่วงที มีการดำเนินการสอบสวนการป่วยเป็นกลุ่มก้อน และการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค เช่น กรณีเกิดอาหารเป็นพิษที่ตึกบานบุรี (ตึกฟื้นฟูสมรรถภาพชาย) สามารถเข้าไปสอบสวนและควบคุมโรคได้ทันที ไม่มีการระบาดเพิ่มในวงกว้าง อีกทั้งมีการแจ้งเตือนการเกิดโรคและภัยสุขภาพไปยังชุมชน ส่วนราชการ และองค์กรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างทันเวลามีการแจ้งเตือนการเกิดโรคโดยการแจ้งเตือนไปยังผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรค รพสต.บ้านบ่ออิฐ เพื่อให้ดำเนินการแจ้งให้ชุมชนทราบเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังโรค เช่น การแจ้งเตือนการเกิดไข้เลือดออก เป็นต้น   II-8 ง. การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและเตือนภัย:  (1) การจัดทำรายงานและเผยแพร่สถานการณ์โรคต่อสาธารณะ:  (2) การรายงานโรคตามกฎหมาย:   * (1) มีการจัดทำรายงานผู้เข้ารับการบำบัดของโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ซึ่งจะถูกรวบรวมเป็นภาพของเขตสุขภาพที่ 12 ภายใต้ Service plan ยาเสติด นำเสนอต่อผู้ตรวจราชการ ผู้บริหาร และผู้รับผิดชอบงานยาเสติด ปีละ 2 ครั้ง แต่ยังขาดการเผยแพร่สู่สาธารณะ แลละประชาชนทั่วไป * (2) มีการจัดทำรายงานการเฝ้าระวังโรคในบุคลากร และมีการจัดทำรายงานการเฝ้าระวังโรคในกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด (กลุ่มผู้ป่วยใน) มีการจัดทำรายงานสถานการณ์โรค และภัยสุขภาพที่ให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นปัจจุบันเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพที่เฝ้าระวัง การระบาด และการดำเนินการสอบสวนควบคุมโรค อีกทั้งมีการรายงานโรคไปยังสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ กฎอนามัยระหว่างประเทศ และกฎข้อบังคับอื่นในกรณีการเกิดโรคที่มีต้องมีการรายงานนั้น จะมีการประสานไปยังสถานีอนามัย เพื่อความร่วมมือในการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดโรค มีการกระจายข้อมูลข่าวสารต่างๆที่เป็นประโยชน์แก่ชุมชน ในการป้องกันการเกิดโรค และมีความรวดเร็วทันเวลาในการควบคุมการระบาดของโรค อีกทั้งยังมีการเผยแพร่สารสนเทศการเกิดโรค และภัยสุขภาพที่เป็นปัจจุบันไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสื่อสาธารณะอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ เพื่อการวางแผนป้องกัน และควบคุมโรค มีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับภัยสุขภาพ   **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   * มีเครือข่ายการบำบัดรักษายาเสพติด ได้แก่ เครือข่ายการบำบัดรักษาในกระทรวงสาธารณสุข เครือข่ายการบำบัดรักษาในเรือนจำ เครือข่ายภาค NGO และอื่นๆ * มีระบบในการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพของโรงพยาบาล ในกลุ่มบุคลากรและผู้ป่วย * มีการประสานความร่วมมือในการเฝ้าระวังโรค และภัยสุขภาพในกลุ่มบุคลากรและผู้ป่วยได้แก่ รพสต.บ้านบ่ออิฐ, สคร.12, หน่วยป้องกันและควบคุมโรคโดยแมลงและ สสจ.สงขลา   **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | |
| 1. การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ | 3.0 | | I | | * การพัฒนาบุคลากรด้านระบาดวิทยา | | | | |
|  |  | |  | | * พัฒนาการวิเคราะห์ข้อมูล และการเฝ้าระวัง | | | | |
|  |  | |  | | * จัดทำเอกสารในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร เช่น โปสเตอร์รณรงค์ในหน่วยงาน บทวิทยุเผยแพร่ใน Website, Line และFacebook | | | | |

**II-9 การทำงานกับชุมชน**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:**ความครอบคลุม ผลกระทบ | | | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | | | **เป้าหมาย** | **2558** | | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** |
| 1. ร้อยละความพึงพอใจของเครือข่ายการดูแลผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชนต่อการได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ | | | ร้อยละ80 | 83.60 | | 87.88 | 86.66 | 93.33 | 86.66 |
| 2. จำนวนองค์ความรู้สำคัญที่ถ่ายทอดให้กับเครือข่ายในชุมชน เพื่อการดูแลผู้ใช้ยาเสพติด | | |  | 5 | | 6 | 6 | 9 | 9 |
| 3. ประโยชน์ที่เครือข่ายในชุมชนได้รับการดำเนินงานเครือข่ายเพื่อการดูแลผู้ใช้ยาเสพติด | | | ระดับมาก | ระดับมาก | | ระดับมาก | ระดับมาก | ระดับมาก | ระดับมาก |
| 4. ระดับความรู้ความเข้าใจในเรื่องสำคัญที่ใช้ในการดูแลผู้ใช้ยาเสพติด | | | | | | | | | |
| 4.1 โรคสมองติดยา | | | ระดับมาก | ระดับมาก | | ระดับมาก | ระดับมาก | ระดับมาก | ระดับมาก |
| 4.2 การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ | | | ระดับมาก | ระดับมาก | | ระดับมาก | ระดับมาก | ระดับมาก | ระดับมาก |
| 4.3 การคัดกรอง | | | ระดับมาก | ระดับมาก | | ระดับมาก | ระดับมาก | ระดับมาก | ระดับมาก |
| 4.4 การบำบัดแบบสั้น (BI) | | | ระดับมาก | ระดับมาก | | ระดับมาก | ระดับมาก | ระดับมาก | ระดับมาก |
| 4.5 การรับ – ส่งต่อ | | | ระดับมาก | ระดับมาก | | ระดับมาก | ระดับมาก | ระดับมาก | ระดับมาก |
| 4.6 การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm reductionn) | | | ระดับมาก | N/A | | N/A | N/A | ระดับมาก | ระดับมาก |
| 4.7 การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) | | | ระดับมาก | N/A | | N/A | N/A | ระดับมาก | ระดับมาก |
| 4.8 การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด(TC) | | | ระดับมาก | N/A | | N/A | N/A | ระดับมาก | ระดับมาก |
| 5. จำนวนครั้งของการดำเนินงานพัฒนาการดำเนินงานแก้ไขปัญหายาเสพติดกับเครือข่าย | | | | | | | | | |
| 5.1 ค่ายรัตนพล  5.2 สถานฟื้นฟูสมรรถภาพมูลนิธิพระครูประดิษฐวรการ | | |  | 12  N/A | | 12  2 | 10  6 | 6  6 | 6  6 |
| 5.3 บ้านโอโซน | | |  | 12 | | 12 | 12 | 10 | 10 |
| 6. จำนวนผู้ป่วยที่ส่งต่อมารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา | | |  | N/A | | N/A | 64  19.39% | 322  46.59% | 328  55.87% |
| 7. จำนวนผู้ป่วยที่ส่งกลับไปติดตามดูแลต่อในโรงพยาบาลต้นสังกัด | | |  | N/A | | N/A | N/A | 6  1.45% | 55  11.58% |
| **ii. บริบท**  ชุมชนที่รับผิดชอบ ความต้องการ ศักยภาพ กลุ่มเป้าหมายสำคัญ:โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา เป็นหน่วยงานที่มีการสร้างและถ่ายทอดองค์ความรู้ เทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านยาและสารเสพติด เสริมสร้างความร่วมมือทางวิชาการและบริการในทุกภาคส่วนเพื่อการพัฒนาทางการแพทย์ให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี   * **ชุมชนที่รับผิดชอบ** * โรงเรียนวิวัฒน์พลเมือง จากค่ายรัตนพล อ.คลองหอยโข่ง จ.สงขลา เป็นสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดใน   รูปแบบบังคับบำบัดแบบเข้มงวด ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด พ.ศ. 2545 โดยให้การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดที่สำนักงานคุมประพฤติแต่ละจังหวัดนำส่ง เน้นผู้ป่วยที่ส่งมาจากสำนักงานคุมประพฤติใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ คือ สงขลา สตูล ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส ซึ่งสามารถให้บริการผู้ป่วยได้ปีละ 300 ราย ด้วยรูปแบบการบำบัดฟื้นฟูแบบเข้มข้นทางสายใหม่ หรือ FAST Model โดยโรงพยาบาลได้ร่วมจัดตั้ง แต่สนับสนุนช่วยเหลือการดำเนินงานมาโดยตลอด ซึ่งปัจจุบันได้สนับสนุนการดำเนินงานใน 3 ด้าน ได้แก่ (1)ด้านพัฒนาบุคลากร (2) ด้านการพัฒนาคุณภาพสถานฟื้นฟูสมรรถภาพ (3)ด้านการดูแลผู้ป่วย   * สถานฟื้นฟูสมรรถภาพ มูลนิธิพระครูประดิษฐ์วรการ อ.ชะอวด จ.นครศรีธรรมราช เป็นสถานฟื้นฟูสมรรถภาพ   ผู้ป่วยยาเสพติดของเอกชน ให้บริการผู้ป่วยในระบบสมัครใจ ในรูปแบบชุมชนบำบัดผสมผสานกับการใช้สมุนไพรและหลักธรรม เดิมเป็นสถานฟื้นฟูฯ และทางโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ช่วยเหลือสนับสนุนจนได้รับการรับรองเป็นสถานพยาบาลที่ถูกต้องตามกฎหมาย โดยโรงพยาบาลได้ให้การสนับสนุนใน 4 ด้าน คือ (1)ด้านการพัฒนาบุคลากร (2) ด้านการพัฒนาคุณภาพการบำบัดฟื้นฟู (3)ด้านการออกแบบและวางระบบการบำบัดฟื้นฟู (4) ด้านการให้การดูแลผู้ป่วย   * บ้านโอโซน อ.จะนะ จ.สงขลา เป็นบ้านสำหรับผู้ใช้ยาเสพติดเข้ามารับบริการด้านสุขภาพ และร่วมกิจกรรมการลด   อันตรายจากการใช้ยาเสพติด บ้านโอโซนเป็นองค์กรเอกชน (NGO) ที่ทำงานแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนกับผู้ใช้ยาเสพติด โดยเฉพาะผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด (IDU) และที่เกี่ยวข้อง กิจกรรมสำคัญที่ทางโรงพยาบาลได้ร่วมดำเนินการ คือ (1)การพัฒนาบุคลากร (2)การให้บริการแก่ผู้ใช้ยาเสพติด ในกิจกรรมสอนสุขศึกษา การตรวจสุขภาพเบื้องต้น การเยี่ยมบ้าน การประสานรับ-ส่งต่อ เพื่อการบำบัดรักษา (3)กิจกรรมชุมชนเพื่อการแก้ไขปัญหายาเสพติด เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อให้การดำเนินงานการดูแลผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชนมีประสิทธิภาพตามบริบทของงานในชุมชนที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ร่วมกับบ้านโอโซน ให้ผู้ใช้ยาเสพติดได้เข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และได้รับข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการแก้ไขปัญหายาเสพติดที่ดีต่อไป  **iii. กระบวนการ**  II-9.1 การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน  (1)(2) การกำหนดชุมชน ประเมินความต้องการและศักยภาพ วางแผน ออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน:  1) โรงเรียนวิวัฒน์พลเมือง ค่ายรัตนพล มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพในการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีคุณภาพ ตามความต้องการของผู้รับบริการซึ่งได้ดำเนินการพัฒนามาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2554 โดยมีการประเมินวางแผนและออกแบบการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟู และพัฒนาบุคลากร ผ่านกิจกรรมสำคัญได้แก่ การประชุม นิเทศติดตามทุก 1-2 เดือน การเชิญเจ้าหน้าที่เข้ารับการอบรมในทุกๆปี การประเมินคุณภาพสถานพยาบาลด้านยาเสพติดทุก 3 ปี และการให้คำปรึกษา การดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด ผลการดำเนินงานทำให้โรงเรียนวิวัฒน์พลเมืองฯ ผ่านการรับรองการประเมินคุณภาพสถานบำบัดฟื้นฟูด้านยาเสพติด สามารถให้การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมีการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูที่ต่อเนื่องเป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการ  2)สถานฟื้นฟูสมรรถภาพ มูลนิธิพระครูประดิษฐ์วรการ มุ่งเน้นการพัฒนาให้เป็นสถานที่ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดที่มีมาตรฐานและได้รับการรับรองถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งจะส่งผลกระทบที่ดีต่อผู้รับริการ โดยเฉพาะบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้รับบริการ ผ่านกิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูที่มีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับตามระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ผ่านยาเสพติดซึ่งที่ผ่านมาในอดีต สถานฟื้นฟูฯ แห่งนี้ ยังดำเนินการฟื้นฟูผู้ป่วยไม่เหมาะสมตามหลักการสาธารณสุขและระบบการแพทย์ ตั้งแต่ปี 2559 จนถึงปัจจุบัน สถานฟื้นฟูฯ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา หน่วยงานต่างๆ ที่สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ได้มีการวางแผน ออกแบบการจัดบริการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดร่วมกันผ่านกิจกรรม การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประชุมดำเนินงาน การประเมินคัดกรองผู้ป่วย การเตรียมครอบครัว การออกแบบการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟู การจัดระบบรับ – ส่งต่อเพื่อการบำบัดรักษา การประเมินตนเองและการประเมินจากหน่วยงานภายนอกหลายหน่วยงาน จนกระทั่งทำให้ผ่านการรับรองและจัดตั้งเป็นสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดที่ถูกต้องตามกฎหมายในปี 2561 และมีการดำเนินงานตามระบบอย่างต่อเนื่องได้รับการยอมรับจากหน่วยงานภายนอก เช่น ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดนครศรีธรรมราช มอบเกียรติบัตรให้เป็นองค์กรที่มีผลงานดีเด่นด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด และสถานีตำรวจภูธรชะอวด มอบเกียรติบัตรในฐานะสถานฟื้นฟูเป็นหน่วยงานที่บำเพ็ญประโยชน์และช่วยเหลือทางราชการ เป็นต้น นอกจากนี้ยังได้รับการยอมรับจากชุมชนให้เป็นแหล่งศึกษาเรียนรู้ การดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดที่น่าสนใจศึกษาอีกที่หนึ่งของจังหวัดนครศรีธรรมราช  3) บ้านโอโซน มุ่งเน้นการทำงานเชื่อมประสานการแก้ปัญหายาเสพติดในระดับชุมชน กล่าวคือ ผู้รับบริการ คือ ผู้ใช้ยาเสพติดที่ส่วนมากไม่ใช่ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลต่างๆ แต่เป็นผู้ใช้ยาเสพติดในชุมชน ดังนั้น การร่วมกันดำเนินงานในลักษณะพันธมิตรเป็นอีกรูปแบบหนึ่งจะมีส่วนเสริมการทำงาน แก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยกัน โดยการวางแผน ออกแบบการทำงานร่วมกันออกมาในรูปของกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การให้คำปรึกษาด้านการบำบัดรักษา การรับ-ส่งต่อ เพื่อรับบริการบำบัดรักษาการให้ความรู้สุขศึกษา การดูแลสุขภาพเบื้องต้น การทำกิจกรรมในชุมชน การประสานกับหน่วยงานต่างๆ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาทำกับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานและกับสมาชิกผู้ใช้ยาเสพติด ผลทำให้เจ้าหน้าที่ได้รับการพัฒนาตนเอง มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดูแลบำบัดรักษาผู้ใช้ยาเสพติดเพิ่มขึ้น มีการส่งผู้ใช้ยาเข้ารับบริการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ผู้ใช้ยามีการเข้าถึงและได้รับการดูแลด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง  (3) การร่วมมือกับภาคีที่เกี่ยวข้อง จัดบริการสุขภาพสำหรับชุมชน:  (4) การประเมินและปรับปรุง:   * การดำเนินงานบริการสุขภาพโดยเฉพาะในด้านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด และการสร้างเสริมสุขภาพกับ 3 ชุมชนที่กล่าวมา คือ โรงเรียนวิวัฒน์พลเมือง ค่ายรัตนพล สถานฟื้นฟูสมรรถภาพมูลนิธิพระครูประดิษฐ์วรการ และบ้านโอโซน ซึ่งเป็นชุมชนหลักแล้ว โรงพยาบาลยังมีภาคีเครือข่ายอื่นที่เกี่ยวข้องและดำเนินงานร่วมกันแก้ไขปัญหายาเสพติดมาโดยตลอดอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ทัณฑสถานบำบัดพิเศษสงขลา เรือนจำกลางสงขลา เรือนจำจังหวัดสงขลา สถานพินิจเด็กและเยาวชนจังหวัดสงขลา โรงเรียนวรนารีเฉลิม โรงเรียนเทศบาล 5 (วัดหัวป้อมนอก )วิทยาลัยอาชีวศึกษาสงขลา โรงเรียนพัฒนาวิทยามูลนิธิ โรงเรียนดีนูลอิสลาม (โรงเรียนสอนศาสนา) ส่วนในชุมชน คือชุมชน ตำบลท่าหมอไทร อำเภอจะนะ ในการบำบัดฟื้นฟูผู้มีปัญหาสารเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอต่างๆ ในจังหวัดสงขลา ซึ่งโรงพยาบาลได้มีการประสานงานประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานร่วมกันและจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่บุคลากร นักเรียน/นักศึกษา ผู้ต้องขังอย่างต่อเนื่องเป็นประจำในทุกๆปี จนทำให้หน่วยงานดังกล่าวสมารถดำเนินงานจัดบริการสุขภาพในด้านการดูแลผู้ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดได้เป็นอย่างดีและยังคงดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง สำหรับภาคีชุมชนที่ทางโรงพยาบาลได้เข้าไปสนับสนุนและร่วมในการจัดบริการสุขภาพสำหรับชุมชนที่เพิ่มเข้ามาในปี 2562 – 2563 คือ โรงเรียนปอเนาะเกาะแลหนัง และหมู่ 4 ต.เทพา ทั้ง 2 แห่ง อยู่ใน อ.เทพา จ.สงขลา เป็นภาคีชุมชนที่มีความต้องการให้โรงพยาบาลได้ช่วยเหลือสนับสนุนการแก้ไขปัญหายาเสพติด กล่าวคือ โรงเรียนปอเนาะเกาะแลหนัง เป็นสถานที่บำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด โดยใช้ศาสนบำบัด ดำเนินงาน โดย   ผู้บริหารของโรงเรียนรับผู้ใช้ยาเสพติดเข้าบำบัดฟื้นฟู เป็นสถานที่ฟื้นฟูไม่ได้มาตรฐาน ไม่ถูกต้องตามกฎหมาย แต่ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หน่วยงานต่างๆ ในอำเภอเทพา ได้แก่ อำเภอเทพา สำนักงานสาธารณสุข โรงพยาบาลเทพา มีความต้องการให้โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาเข้าไปช่วยเหลือ สนับสนุน และพัฒนาให้มีการบำบัดฟื้นฟูที่ได้รับมาตรฐานถูกต้องตามหลักสาธารณสุขและการแพทย์ ซึ่งทางโรงพยาบาลได้ร่วมดำเนินการกับหน่วยงานดังกล่าวแล้วในกิจกรรมสำคัญ (ปี 2562)  - การประชุมร่วมประเมินปัญหาความต้องการและวางแผน  - การคัดกรองและจำแนกผู้ป่วย (ระยะที่1)  - การประชุมสรุปการดำเนินงานและวางแผนดำเนินการต่อไปในปี 2563  - การเตรียมส่งเจ้าหน้าที่ของโรงเรียนปอเนาะเกาะแลหนังเข้าอบรม เดือนพฤศจิกายน 2562  - การประสานการดำเนินงานบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีอาการจิตเวชและโรคทางกายกับโรงพยาบาลเทพา และ รพสต. ในพื้นที่  โดยปัจจุบันโรงเรียนปอเนาะฯ อยู่ในระยะของการเริ่มต้นพัฒนาการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดสามาร ให้การ  บำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนทางจิตเวชและทางกายทุกรายได้รับการส่งต่อรักษาได้อย่างเหมาะสม แต่อย่างไรก็ตามยังต้องพัฒนาต่อเนื่องอีกในหลายด้าน ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านการบริการจัดการระบบการบำบัดฟื้นฟู ด้านการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการบำบัดฟื้นฟู เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะได้ดำเนินการต่อไปในปี 2563 และปีต่อๆ ไป  หมู่ 4 ต.เทพา อ.เทพา จ.สงขลา เป็นภาคีชุมชนอีกแห่งหนึ่ง ที่โรงพยาบาลเทพาและอำเภอเทพาต้องการให้โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาได้ช่วยเหลือสนับสนุนการแก้ไขปัญหายาเสพติดในรูปแบบของการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ สารเสพติดในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) ทั้งนี้เพื่อการแก้ไขปัญหายาเสพติดในหมู่บ้านที่ไม่ต้องให้ผู้ใช้สารเสพติดไปบำบัดฟื้นฟูในโรงพยาบาล โดยทางอำเภอเทพา และโรงพยาบาลเทพา ลงพื้นที่หมู่ที่4 และโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาได้ดำเนินการร่วมกันแล้ว โดยมีกิจกรรมหลักสำคัญ คือ  1) การประชุมประเมินปัญหาความต้องการและวางแผนการดำเนินงาน 2) การคัดกรองผู้ใช้สารเสพติด 3) การประชุมประเมินปัญหาและวางแผนดำเนินงานต่อไป 4) การกำหนดให้มีความรู้การดูแลผู้ป่วยแก่กลุ่มผู้นำทุกระดับในหมู่บ้าน โดยมีกิจกรรม ดังนี้  - ลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและครอบครัว  - การจูงใจให้ผู้มีปัญหาสารเสพติดเข้าร่วมบำบัดฟื้นฟูในชุมชน  - การอบรมสร้างแรงจูงใจให้ครอบครัวผู้ป่วย  - การอบรมให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยแก่กลุ่มผู้นำทุกระดับในหมู่บ้าน  - การแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน  - การสอนเยาวชนในมัสยิดทุกวันศุกร์จากอิหม่าม ผู้ใหญ่บ้านและผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน  ผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินกิจกรรม คือ  - กลุ่มผู้นำให้ความสำคัญและตระหนักที่จะนำลูกบ้านเข้ามาร่วมแก้ไขปัญหายาเสพติด  - สามารถคัดกรองกลุ่มเป้าหมายได้ 27 ราย พบปัญหาเสพทั้งกระท่อมและส่วนผสม 9 ราย  - ผู้นำอย่างผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อสม. จะร่วมกับโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา โรงพยาบาลเทพาลงเยี่ยม ทำกิจกรรมบำบัดผู้ที่คัดกรองแล้วพบปัญหายาเสพติดทั้ง 9 ราย  การประเมินและปรับปรุง  จากการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพชุมชนด้วยรูปแบบของการดำเนินงานร่วมกัน กับ 3 ชุมชนหลัก คือ   1. **โรงเรียนวิวัฒน์พลเมือง** ค่ายรัตนพล การประเมินและปรับปรุงการดำเนินงานจากการดำเนินงานร่วมกันผ่านกิจกรรมต่างๆ พบว่า บุคลากรที่ปฏิบัติงานบางส่วนย้ายไปทำงานด้านอื่น และมีบุคลากรใหม่เข้ามา อีกทั้งบุคลากรเดิมมีความต้องการฟื้นฟูความรู้ด้านการบำบัดฟื้นฟูและด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง   ผลการประเมิน: (1)จัดให้มีกิจกรรมการฟื้นฟูความรู้ด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแก่ผู้ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา (2) ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม ประชุมในด้านความรู้ที่เกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด ตามที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาจัดหรือหน่วยงานต่างๆ เชิญมา (3)จัดให้มีกิจกรรมนิเทศ ติดตามการดำเนินงานในทุกๆ 2-3 เดือน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงานที่ดี  การปรับปรุงพัฒนา :โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ได้มีการนิเทศติดตามโดยตลอดจึงได้ประชุมวางแผน และกำหนดการปรับปรุงพัฒนาในเรื่องต่อไปนี้ (1) การอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรในการสามารถสังเกตและประเมินอาการทางจิตเวชเบื้องต้นได้ (2) การดูแลเบื้องต้นให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม (3) การปรับเปลี่ยนแผนการฟื้นฟูฯ ให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสม (4) การติดตามภายหลังการปรับแผนกับสำนักงานคุมประพฤติ  **(2) สถานฟื้นฟูสมรรถภาพ มูลนิธิพระครูประดิษฐวรการ** การประเมินและปรับปรุงการดำเนินงาน จากการทำกิจกรรมต่างๆร่วมกัน ทำให้พบสิ่งที่ต้องปรับปรุงดำเนินการต่อเนื่อง คือ  (2.1) มีผู้ป่วยยาเสพติดจำนวนหนึ่งมีอาการทางจิตเวชร่วมและโรคทางกายร่วม  การปรับปรุง : (1)การประเมินและคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการจิตเวชและโรคทางกายร่วม ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการประเมินคัดกรอง (2) จัดให้มีการดูแลเบื้องต้น เช่น การมีพี่เลี้ยงและเจ้าหน้าที่ดูแลใกล้ชิด,การแยกผู้ป่วยและการจำกัดพฤติกรรม,การรายงานแพทย์เพื่อตรวจรักษา,การดูแลโรคหรืออาการทางกายเบื้องต้นจากพยาบาลวิชาชีพ,การส่งต่อเพื่อการรักษาในระดับที่สูงกว่าและการนำผู้ป่วยตรวจรักษาจากแพทย์ เป็นต้น  ผลลัพธ์จากการพัฒนา ; (1) การติดตามประเมินอาการทางจิตเวชและทางกายต่อเนื่องจนอาการดีขึ้น และให้การบำบัดฟื้นฟูด้านยาเสพติดต่อไป (2) การดูแลให้ยาจิตเวชและการนำผู้ป่วยตรวจรักษาจากแพทย์อย่างต่อเนื่อง  (2.2) มีบุคลากรเข้ามาปฏิบัติงานใหม่บุคลากรเดิมบางส่วนออกไปทำงานอื่น และบุคลากรเดิมต้องการพัฒนาตนเองในการดูแลผู้ป่วย  การปรับปรุงพัฒนา : การประชุมวางแผนพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง  ส่งบุคลากรเข้ารับการฝึกอบรม การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด ณ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา  ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม ประชุม เกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟูหรือเรื่องที่เกี่ยวข้อง ตามที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาจัด  จัดกิจกรรมสอนหน้างาน (Coaching) ให้กับบุคลากรที่ปฏิบัติงาน  จัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดแก่บุคลากรทุกๆครั้งที่ไปนิเทศติดตามการดำเนินงาน  (2.3) การพัฒนาการจัดเก็บข้อมูลของผู้รับบริการให้เหมาะสมกับบริบทงาน  การปรับปรุงพัฒนา : การประเมินสถานการณ์ด้านการจัดทำข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในทุกๆปีที่ผ่านมา  การวางแผนจัดทำฐานข้อมูลในรูปแบบเอกสารและในระบบสารสนเทศ  จ้างผู้เชี่ยวชาญจัดทำฐานข้อมูลสารสนเทศและฝึกอบรมบุคลากรให้สามารถดำเนินการบันทึกจัดเก็บข้อมูลได้อย่างเป็นระบบ  ติดตามและปรับปรุงฐานข้อมูลให้เหมาะสมกับการใช้งานอย่างต่อเนื่อง  การรักษาความลับและความปลอดภัยของข้อมูลผู้รับบริการ  ทั้งหมดในส่วนของการประเมินและปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงานโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาและสถานฟื้นฟู  มูลนิธิพระครูประดิษฐวรการได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชและทางกาย โดยทีมแพทย์พยาบาลและมีการรับ-ส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ,บุคลากรใหม่ทุกรายได้รับการถ่ายทอดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ครบถ้วนและยังได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องด้วยการเชิญเข้าประชุม อบรมและการสอนหน้างาน สำหรับฐานข้อมูลปัจจุบันการจัดทำฐานข้อมูลในระบบสารสนเทศแล้ว และมีการลงข้อมูลประเมินผลบางส่วนได้แล้วและการให้บริการที่มีคุณภาพปลอดภัยต่อไป  **3 ) บ้านโอโซน** การประเมินและปรับปรุงพัฒนา การดำเนินงาน จากการจัดกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน คือ  3.1) การประเมิน : การรับ – ส่งต่อผู้ใช้ยาเสพติดเพื่อการบำบัดรักษา พบว่า ผู้ใช้ยาเสพติดบางรายต้องการเข้ารับการบำบัดรักษาแต่ไม่สามารถเข้ารับการบำบัดรักษาได้เพราะไม่มีค่ารักษาและบางครั้งเตียงเต็ม  การปรับปรุงพัฒนา :  การประเมินความต้องการของสมาชิกบ้านโอโซนต่อการเข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาล  กรณีผู้ป่วยไม่มีค่ารักษา ทำความตกลงและความเข้าใจในระบบการบริการทางสุขภาพในระบบส่งต่อ คือ ให้ผู้ที่มีความประสงค์รับบริการไปติดต่อรักษาเบื้องต้น ณ โรงพยาบาลนั้นๆ จะประเมินความรุนแรงของปัญหายาเสพติด หากเข้าเกณฑ์จะออกเอกสารส่งต่อมาบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา โดยไม่ต้องจ่ายค่ารักษา กรณีผู้ป่วยไม่สามารถเข้ารับการบำบัดรักษาได้เพราะเตียงเต็มให้ทางบ้านโอโซนช่วยประสานทางโรงพยาบาลล่วงหน้าเท่าที่ผู้ใช้ยาเสพติดจะเตรียมตนเองพร้อมเพื่อการบำบัดรักษาเช่น 2-3 วัน เพื่อจองคิวสำหรับเข้ารับการบำบัดรักษา การส่งผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลแล้วกลับมาร่วมกิจกรรมของบ้านโอโซน บ้านโอโซนจะติดตามดูแลและให้ข้อมูลกับทางโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาในการติดตามดูแลดังกล่าว จากการดำเนินงานในปี 2562 พบว่า มีผู้ใช้ยาเสพติดที่มาบำบัดรักษาและบ้านโอโซนติดต่อดูแลในปัจจุบันมี 2 ราย และอีก 5 รายโรงพยาบาลได้ประสานบ้านโอโซนให้ได้รับการตรวจรักษาโรคไวรัสตับอักเสบซี  II-9.2 การเสริมพลังชุมชน  (1) ภาพรวมของการทำงานร่วมกับชุมชนการส่งเสริมการมีส่วนร่วม การสร้างเครือข่าย:   * โรงพยาบาธัญญารักษ์สงขลามาดำเนินงานภายใต้นโยบายและพันธกิจ โดยเฉพาะการสร้างความร่วมมือกับทุกภาคีส่วนพัฒนาเครือข่ายให้มีความเข้มแข็งในการดำเนินงานด้านการแก้ไขปัญหายาเสพติดร่วมกัน ดังนั้น โรงพยาบาลจึงมีเครือข่ายการดำเนินงานที่มากมายหลายระดับทั้งในระดับ หมู่บ้าน ชุมชน องค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน ที่ได้ดำเนินงานร่วมกันมาโดยตลอด ทำให้โรงพยาบาลเป็นที่ยอมรับและเป็นที่พึ่งของสังคมและประชาชนโดยเฉพาะในด้านการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดอีกทั้งเป็นองค์กรที่สามารถให้การช่วยเหลือและสนับสนุนการดำเนินงานในด้านการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดให้กับสถานพยาบาลหรือหน่วยงานต่างๆที่ดำเนินงานในด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดและโรงพยาบาลยังคงมุ่งมั่นดำเนินการตามนโยบายและพันธกิจต่อไป   การส่งเสริมการมีส่วนร่วม การสร้างเครือข่ายโรงพยาบาลได้ดำเนินงานด้านเครือข่าย และชุมชนมาตั้งแต่ปี 2547โดยการสนับสนุน ช่วยเหลือ ร่วมทำ เป็นพี่เลี้ยง ที่ปรึกษา ให้กับเครือข่ายและชุมชนเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการแก้ไขปัญหายาเสพติดร่วมกัน ทั้งด้านการป้องกันปัญหายาเสพติดในชุมชน ในสถานศึกษา การพัฒนาองค์ความรู้ให้กับผู้ปฏิบัติงานและโดยเฉพาะด้านการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดที่สามารถให้บริการได้ในลักษณะเฉพาะทางที่เด่นชัด ทำให้โรงพยาบาลได้สร้างและพัฒนาเครือข่ายและชุมชนหรือการที่ชุมชนหรือหน่วยงานต่างๆร้องขอมา โรงพยาบาลก็สามารถสนับสนุนช่วยเหลือการดำเนินงานต่างๆ ร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ได้เป็นอย่างดี  (2) การส่งเสริมความสามารถของกลุ่มต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาที่สำคัญของชุมชน:   * โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาให้ความสำคัญกับการส่งเสริมความสามารถของกลุ่มต่างๆ เพื่อให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถแก้ไขปัญหาของชุมชนได้ ทั้งนี้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงาน การแก้ไขปัญหายาเสพติด ทั้งด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพและการป้องกันปัญหายาเสพติดที่มีประสิทธิภาพ อันจะเกิดผลประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการและประชาชนนั้นเอง โดยโรงพยาบาลได้มีการส่งเสริมความสามารถในการดำเนินงานใน 2 ลักษณะ คือ   (1) ลักษณะของการเป็นเครือข่ายการดำเนินงานร่วมกันโดยการช่วยเหลือ สนับสนุนการดำเนินงานซึ่งกันและกันทั้งภาค ชุมชน ราชการ หรือเอกชน ในบทบาทที่เหมาะสมตามสถานการณ์ของการดำเนินงาน ทั้งบทบาทผู้นำในการถ่ายทอดองค์ความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงานได้ หรือ บทบาทร่วมกันดำเนินงานในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดเป็นต้น  (2) การพัฒนาศักยภาพการดำเนินงาน การบำบัดรักษาและการป้องกันปัญหายาเสพติดให้กับชุมชน และเครือข่าย ในเรื่องนี้คือเป็นพันธกิจโดยตรงที่โรงพยาบาลต้องดำเนินการโดยเฉพาะการถ่ายทอดองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง และให้การสนับสนุนการดำเนินงาน ตัวอย่างองค์ความรู้ที่สำคัญที่นำไปใช้ในการดำเนินงานได้แก่ การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดรูปแบบจิตสังคมบำบัด รูปแบบชุมชนบำบัด หรือ FAST Model การบำบัดรักษาผู้ป่วยสุรา การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชร่วมการพยาบาลเฉพาะทางด้านยาเสพติดและสารเสพติด การใช้ศิลปะบำบัดในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด การพัฒนาคลินิกยาเสพติดในทุกโรงพยาบาล และการคัดกรอง การบำบัดแบบสั้น การดูแลหลังรักษาและการรับส่งต่อ เป็นต้น ซึ่งในการพัฒนาศักยภาพเหล่านี้เป็นการดำเนินงานผ่านกิจกรรมของการการดำเนินงานเครือข่ายทั้งสิ้น ซึ่งในแต่ละปีโรงพยาบาลจะดีรับความร่วมมือ ซึ่งส่งผลสำเร็จในการดำเนินงานที่ดีมาตลอด  (3) การส่งเสริมพฤติกรรมและทักษะสุขภาพส่วนบุคคล:   * ในการดำเนินงานชุมชนและเครือข่าย กิจกรรมการส่งเสริมพฤติกรรมและทักษะสุขภาพส่วนบุคคลถือเป็น   เป้าหมายปลายทางที่สำคัญ ทั้งนี้ เพื่อให้ชุมชน หรือเครือข่าย เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการทำงาน กล่าวคือ ผู้ปฏิบัติ  ทำงานมีความสุขและทำงานได้ผลสำเร็จ โรงพยาบาลได้ดำเนินงานในด้านนี้ ใน 2 กลุ่ม คือ   1. กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน คือ ปฏิบัติงานในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดหรือทำกิจกรรมการป้องกันปัญหายาเสพติด กลุ่มคนเหล่านี้นอกจากต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการทำงานในบทบาทหน้าที่ของตนแล้ว ยังต้องสามารถดูแลสุขภาพทางกาย และสุขภาพใจของตนเองให้เหมาะสมตามสถานการณ์ที่เป็นจริง สมดุลทั้งการทำงานและการดำเนินชีวิตโดยผ่านกิจกรรม การอบรม และการประชุมทุกครั้งที่โรงพยาบาลจะให้มีกิจกรรม Exercise break และกิจกรรมพัฒนาจิตเพื่อการดูแลสุขภาพและมีความสุขในการทำงาน 2. กลุ่มผู้รับบริการ(ผู้ป่วยและครอบครัว) เป็นกลุ่มเป้าหมายหลักที่สำคัญเพราะถือเป็นผู้ที่มีปัญหาจากสารเสพติดโดยตรง ดังนั้น สิ่งสำคัญที่จะได้รับ คือ การบริการที่ดีมีคุณภาพและปลอดภัย โรงพยาบาลได้ดำเนินการใน 2 ลักษณะ คือ   (2.1) โรงพยาบาลให้บริการโดยตรงในชุมชน เช่น การออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ในชุมชนรอบๆโรงพยาบาล  (2.2) การคัดกรองและให้การบำบัดฟื้นฟูในชุมชนร่วมกับเครือข่ายชุมชน โดยโรงพยาบาลเป็นผู้สนับสนุนช่วยเหลือ หรือเป็นพี่เลี้ยงคอยสนับสนุนการทำงานและติดตามพัฒนาการดำเนินงานให้กับเครือข่าย ทั้งนี้เพื่อให้เครือข่ายสามารถทำงานได้ด้วยตนเองและมีประสิทธิภาพ เช่น การดำเนินงานกับโรงเรียนวิวัฒน์พลเมืองค่ายรัตนพล,สถานฟื้นฟูสมรรถภาพมูลนิธิพระครูประดิษฐวรการ,โรงเรียนปอเนาะเกาะแลหนังและ หมู่ 4 ต.เทพา เป็นต้น  (4) การส่งเสริมสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี การชี้แนะและสนับสนุนนโยบายสาธารณะ:  • การส่งเสริมสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ในการดำเนินงานกับชุมชนและเครือข่ายโรงพยาบาลดำเนินงานด้านนี้ เพื่อการมีสุขภาพที่ดี ปลอดภัยจากปัญหายาเสพติดของผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการ โดยใช้กิจกรรมการถ่ายทอดองค์ความรู้ในการบำบัดรักษาและการป้องกันด้านยาเสพติดและเรื่องที่ เกี่ยวข้องเช่น การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเป็นต้น ผ่านกิจกรรมการจัดประชุม อบรม การนิเทศ ติดตามการดำเนินงาน ผลลัพธ์สำคัญ คือ หน่วยงานต่างๆ และชุมชนมีความตระหนักในการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมให้ปลอดภัยน่าอยู่มากขึ้น มูลนิธิพระครูประดิษฐ์วรการ สถานฟื้นฟูในเรือนจำหรือแม้ในชุมชนที่ชาวบ้านร่วมกันแก้ไขปัญหาให้ชุมชนแก้ไขปัญหายาเสพติดให้ได้เป็นต้น  • การชี้แนะและสนับสนุนนโยบายสาธารณะจากการดำเนินงานกับชุมชนและเครือข่าย โรงพยาบาลมีเป้าหมายในเรื่องนี้เพื่อสื่อสารให้สังคม รับรู้ มีส่วนร่วม โดยเฉพาะบทบาทครอบครัวให้ชุมชนและเครือข่ายโรงพยาบาลมีเป้าหมายในเรื่องนี้ และให้ชุมชนและเครือข่ายมีความรู้ความเข้าใจ และร่วมดำเนินงานในการทำงานร่วมกัน คือการแก้ไขปัญหายาเสพติดที่ทุกภาคส่วนต้องร่วมมือ อันเป็นนโยบายสาธารณะอย่างหนึ่งที่สำคัญ โรงพยาบาลดำเนินการผ่านกิจกรรมการประชุม อบรม การนิเทศติดตามผล การดำเนินงานเช่นกัน แต่มุ่งเน้นถึงความสำคัญที่การปลูกจิตสำคัญ ปรับทัศนคติของผู้ปฏิบัติงานให้เห็นว่าปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาของทุกคนในสังคมที่ต้องร่วมกันแก้ไขที่ทุกคนสามารถทำได้ตั้งแต่การป้องกันตนเอง ป้องกันครอบครัวให้ปลอดจากยาเสพติด หรือ ถ้ามีปัญหายาเสพติดที่สามารถรักษาหายได้ด้วยวิธีการที่ถูกต้องตามหลักทางการแพทย์และความร่วมมือของบุคคล ครอบครัว นั้นเอง จากการดำเนินงานดังกล่าวทำให้โรงพยาบาลสามารถถ่ายทอดสิ่งเหล่านี้ไปสู้กลุ่มต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ได้ดำเนินงานร่มกับชุมชน ช่วยเหลือ สนับสนุน การดำเนินงานการแก้ไขปัญหายาเสพติด จนมีส่วนสำคัญที่ทำให้ชุมชนได้รับการพัฒนาในการดำเนินงานที่ดีต่อการให้บริการผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม ตังอย่างสำคัญได้แก่ โรงเรียนวิวัฒน์พลเมือง โรงพยาบาลได้ร่วมจัดตั้งในปี 2554 และสนับสนุนการดำเนินงานมาตลอด จนพัฒนาการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยได้ผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด(HA ยาเสพติด) สำหรับสถานฟื้นฟูสมรรถภาพ มูลนิธิพระครูประดิษฐวรการ ได้รับการรับรองการเป็นสถานพยาบาล ประเภทสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดที่ถูกต้องตามกฎหมายและยังได้รับเกียรติบัตรให้เป็นองค์กรที่มีผลงานดีเด่นด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดจากศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดนครศรีธรรมราช และบ้านโอโซน เป็นองค์เอกชนที่ได้รับการยอมรับจากหน่วยงานต่างๆในอำเภอจะนะ และจังหวัดสงขลาในการดำเนินงานการแก้ไขปัญหายาเสพติดในขุมชนแบบการเข้าถึงผู้ใช้ยาเสพติด ได้เป็นอย่างดี  **v. แผนการพัฒนา**  (1**) โรงเรียนวิวัฒน์พลเมืองค่ายรัตนพล**:  ด้านบุคลากร การอบรมทบทวนในเรื่องการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดและวิทยาการต่างๆที่เกี่ยวข้อง ด้านการพัฒนาคุณภาพ มุ่งเน้นการพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงานที่อาจมีความเสี่ยงในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดเช่นการหลบหนีการนำสารเสพติดเข้ามา และการดูแลผู้มีปัญหาโรคแทรกซ้อนทางจิตเวชและทางกายเป็นต้น  **(2) สถานฟื้นฟูสมรรถภาพมูลนิธิพระครูประดิษฐวรการ**  ด้านบุคลากร บุคลากรทุกคนต้องได้รับการอบรมทบทวน การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในเรื่องต่างๆที่เกี่ยวข้อง สำหรับเจ้าหน้าที่ใหม่จำเป็นต้องฝึกอบรมการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด ณ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ ทุกราย ด้านการพัฒนาคุณภาพ การพัฒนาคุณภาพการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดในทุกด้านเป็นเรื่องสำคัญ เพื่อให้ผ่านการประเมินคุณภาพสถานพยาบาลด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด HA ยาเสพติด  **(3) บ้านโอโซน**  ด้านการรับ ส่งต่อ เพื่อการบำบัดรักษา โรงพยาบาลและบ้านโอโซนร่วมกันดูแลผู้ใช้ยาเสพติดและพัฒนาการรับส่งต่อผู้ใช้ยาเสพติดที่ต้องการเข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญลักษณ์สงขลาและโรงพยาบาลธัญลักษณ์สงขลาส่งผู้ป่วยที่ต้องได้รับการบำบัด โรคไวรัสตับอักเสบซี หรือผู้ป่วยที่ต้องกลับไปอยู่ที่บ้านแล้วต้องมี ผู้ดูแลกลับบ้านโอโซน  **(4) โรงเรียนปอเนาะเกาะแลหนัง**  ด้านบุคลากร การทำให้ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับได้เรียนรู้ทำความเข้าใจจะทำให้เขามีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด โดยการให้การฝึกอบรมด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดที่ถูกต้อง  ด้านการรับส่งต่อ พัฒนาการรับส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติดในระดับอำเภอและในระดับที่สูงกว่าคือกับโรงพยาบาลเฉพาะทางเช่นโรงพยาบาลธัญลักษณ์สงขลาโรงพยาบาลธัญลักษณ์ปัตตานีหรือโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์  **(5) หมู่ที่ 4 ตำบลเทพา อำเภอเทพา จังหวัดสงขลา**  ด้านบุคลากร ผู้นำทุกระดับของหมู่บ้านและชาวบ้านที่สนใจในการดูแลผู้ใช้สารเสพติดในชุมชนต้องได้รับความรู้และฝึกฝนให้สามารถดูแลผู้ใช้สารเสพติดในชุมชนได้ด้วยองค์ความรู้ที่สามารถทำได้เช่นการประเมินคัดกรองเบื้องต้นการให้คำแนะนำปรึกษาการส่งต่อบำบัดในระดับที่สูงขึ้นหรือการรับผู้ป่วยภายหลังการบำบัดแล้วให้ดูแลในชุมชน  ด้านการมีส่วนร่วม พัฒนาการมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ใช้สารเสพติดให้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการแก้ไขปัญหายาเสพติดในหมู่บ้านให้มากขึ้น ร่วมกับ ผู้นำในทุกระดับของหมู่บ้าน | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | |
| 1. การทำงานกับชุมชน | **3.5** | **I** | | | ๏โรงเรียนวิวัฒน์พลเมืองค่ายรัตนพล  การอบรมทบทวนและการพัฒนาคุณภาพในด้านความเสี่ยงสำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วย  ๏ สถานฟื้นฟูสมรรถภาพมูลนิธิพระครูประดิษฐ์วรการ  บุคลากรต้องได้รับการ อบรมฟื้นฟูทบทวนความรู้บุคลากรใหม่ต้องผ่านการฝึกอบรมทุกราย และการพัฒนาคุณภาพมุ่งเน้น คุณภาพด้าน สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดหรือให้ผ่าน HA ยาเสพติด  ๏ บ้านโอโซน  การรับส่งต่อเพื่อการบำบัดที่โรงพยาบาลจะนะ โรงพยาบาลสงขลาและโรงพยาบาลธัญรักษ์สงขลาส่งผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษาไวรัสตับอักเสบซี  ๏ โรงเรียนปอเนาะเกาะแลหนัง  บุคลากรผู้ปฏิบัติงานทุกระดับต้องได้รับการอบรม การส่งต่อ ต้องมีระบบการส่งต่อทั้งในระดับอำเภอและระดับที่สูงกว่า  ๏ หมู่ที่ 4 ตำบลเทพา อำเภอเทพา จังหวัดสงขลา  บุคลากร คือผู้นำ และชาวบ้านที่สนใจต้องได้รับ ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยในชุมชนและส่งเสริมการมีส่วนร่วมให้ทำกิจกรรมต่างๆเพื่อการแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน | | | | |